

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y LA CONDICIÓN DE SALUD
BUCAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL
HIPÓLITO UNANUE. TACNA. 2013.**

Tesis presentada por el Bachiller:

MIGUEL ARTURO BEGAZO DE LA CRUZ

Para optar por el Grado Académico de

MAGÍSTER EN ODONTOESTOMATOLOGÍA

AREQUIPA – PERÚ
2014

*A Dios por protegerme,
iluminar mi mente y permitir
que este momento llegara.*

*A mis padres por todo su amor y
apoyo incondicional.*

*A mis seres queridos, por su
aliento y apoyo para el logro de
mis metas.*

*A la vida por darme lo más
preciado: mi existencia.*



“En investigación la duda radica en el problema; la probabilidad reside en la hipótesis; la certeza, en la mente del investigador; la evidencia en el resultado objetivo; y la verdad en la adecuación del supuesto con el hecho sensible”.

ODASOR SERANIL.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO ÚNICO: RESULTADOS	1
Procesamiento de los datos	2
Discusión.....	40
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
PROPUESTA	43
BIBLIOGRAFÍA	46
HEMEROGRAFÍA	48
INFORMATOGRAFÍA	49
ANEXOS	
Anexo N° 1: Proyecto de Investigación	51
Anexo N° 2: Matrices de Sistematización.....	95
Anexo N° 3: Cálculo del X^2	98
Anexo N° 4: Formato de consentimiento expreso	103

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la condición de salud bucal en gestantes del Hospital Regional de Tacna “Hipólito Unanue de Tacna”.

Se trata de una investigación comunicacional y a su vez observacional, por ende, transversal, descriptiva y de nivel relacional. El nivel de conocimiento sobre prevención primaria ha sido estudiado mediante la técnica del cuestionario estructurado. La variable condición de Salud Bucal ha sido investigada mediante la observación clínica intraoral a través de la aplicación de los índices de Higiene Oral Simplificado, Caries Dental (CPO), Periodontal de Russell y frecuencia de maloclusiones a efecto de completar el perfil epidemiológico oral. Con tal objeto se conformó una muestra de 43 gestantes con una p de 0.05 (proporción esperada para la condición de Salud Bucal), un nivel de confianza de 95%, una amplitud de intervalo de confianza de 0.30 (W).

La prueba X^2 muestra una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la condición de Salud Bucal, expresada en los índices de Higiene Oral Simplificado, de caries dental, de enfermedad periodontal y frecuencia de maloclusiones.

Consecuentemente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa o de la investigación, con un nivel de significación de 0.05.

Palabras Claves: Nivel de conocimiento sobre prevención primaria, Condición de Salud Bucal.

ABSTRACT

The present research has the aim to determinate the relationship between the knowledge level about primary prevention bucal health condition in gravides of Hipólito Unanue Hospital.

It is a communicational research and observational too, then sectional, descriptive, and relational level. The knowledge level about primary prevention was studied by structured cuestionary technique. The bucal health condition has been investigated by intraoral clinic observation though the application of simplified oral hygienic Index, Russell Periodontal Index, Dental Carie Index (CPO) and frequency of badoclutions, in order to complete the epidemiological oral profile. So a sample was conformed of 43 gravidas with a P of 0.50. (Expected proportion for bucal health condition), a trust amplitude of 0.30 (W).

X^2 test shows, statistic significant relationship between knew ledge level about primary prevention and bucal health condition, expressed in oral simplified hygiene, dental carie, and periodontal disease indexes, and bad oclutions.

Consequently, nule hypothesis is refused; and alternative hypothesis or research is accepted, with significance level of 0.05.

Key Words: Knew ledge level about primary prevention, Bucal health condition.

INTRODUCCIÓN

La prevención es la clave para salvaguardar la salud en general. Bajo esta premisa la prevención primaria se constituye como el recurso fundamental para el logro de este objetivo mayor. La prevención primaria involucra un conjunto de acciones que se aplican en la comunidad en fase eminentemente pre-patogénica, es decir, antes que la enfermedad se establezca, inclusive antes de su manifestación prodrómica más precoz.

La prevención primaria implica la puesta en marcha de los dos primeros niveles de prevención: el fomento o promoción de salud y la protección específica.

La promoción de salud se operativiza esencialmente mediante la educación sanitaria expresada en charlas sobre alimentación adecuada, generación y mantenimiento de convenientes regímenes dietéticos útiles para el desarrollo saludable del sistema estomatognático; desarrollo de hábitos higiénicos, entre otros.

La protección específica implica un conjunto de acciones de mayor direccionalidad que el fomento. Así, se da protección específica contra caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones, por citar la triada nosológica de importancia básica en Salud Pública Oral, de propósito individual, grupal o masiva, desde la práctica del profesional o desde el mismo paciente.

La gestación es un proceso fisiológico de la mujer, que por las implicancias hormonales que trae, genera un estado de especial proclividad para el desarrollo de ciertas afecciones bucales, debido a la disminución de la resistencia tisular generada por la inherente descarga estrogénica en el torrente vascular, del binomio madre-niño, cuyo cuidado y salvaguarda constituye un imperativo de primer orden en la política de salud, de cualquier institución de salud, del sector, región o país. Es que a requerimiento de esta impostergable exigencia se plantea la presente investigación que busca configurar y cuantificar la relación entre el

nivel de conocimiento sobre prevención primaria y condición de salud bucal de la gestante.

La tesis consta medularmente de un Capítulo Único en el que se presentan los Resultados de la investigación, en los que se da respuesta a los objetivos y a la hipótesis mediante tablas, gráficas, interpretaciones, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presenta la Bibliografía, la Hemerografía y la Informatografía, consultadas, así como los Anexos correspondientes dentro de las cuales se presenta en primer término el proyecto de tesis entronizado entorno a sus dos ejes articuladores, el Planteamiento Teórico y el Planteamiento Operacional, a continuación del cual se incluye la agenda normativa.

Esperando que los resultados de la presente investigación constituyan un aporte significativo al proceso científico de la Escuela de Postgrado de la UCSM, y asimismo vigoricen la línea investigativa ya iniciada con tesón a partir de los antecedentes.





CAPÍTULO ÚNICO

RESULTADOS

TABLA N° 1

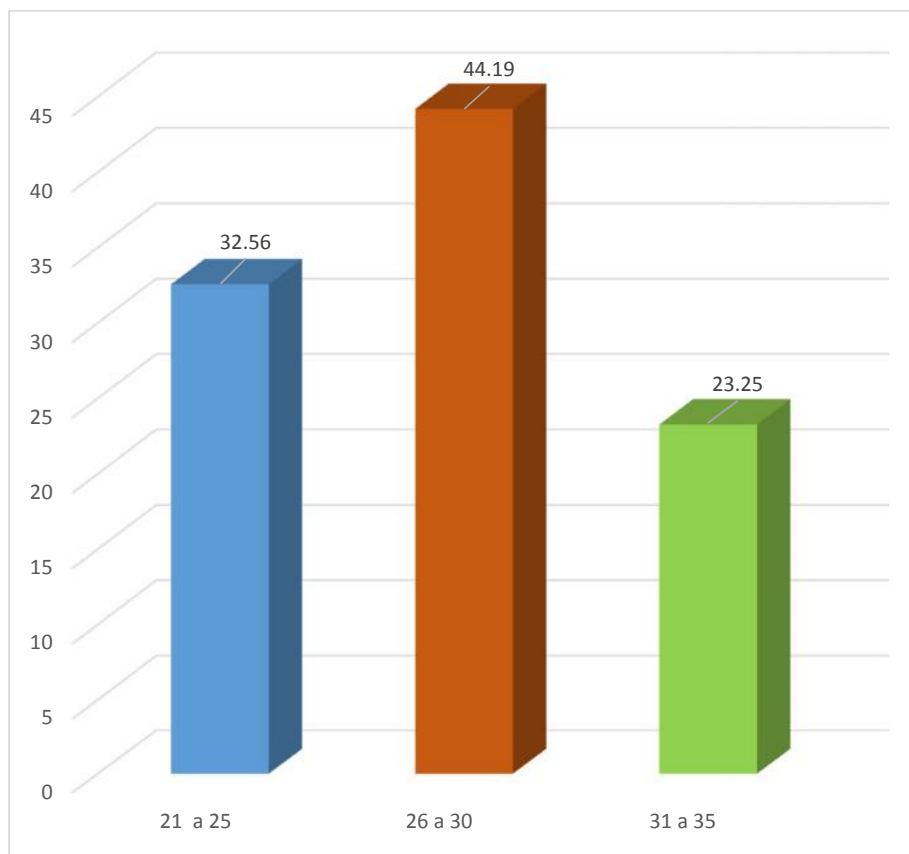
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN EDAD

EDAD	N°	%
21 a 25	14	32.56
26 a 30	19	44.19
31 a 35	10	23.25
TOTAL	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Según la tabla N° 1, la mayor frecuencia corresponde a gestantes de 26 a 30 años con el 44.19%; seguida por sus análogas de 21 a 25 años con el 32.56%, y finalmente por aquellas cuyas edades fluctuaron entre 31 a 35 años con el 23.25%.

GRÁFICA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN EDAD



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA EN
BASE A SUS INDICADORES, EN GESTANTES

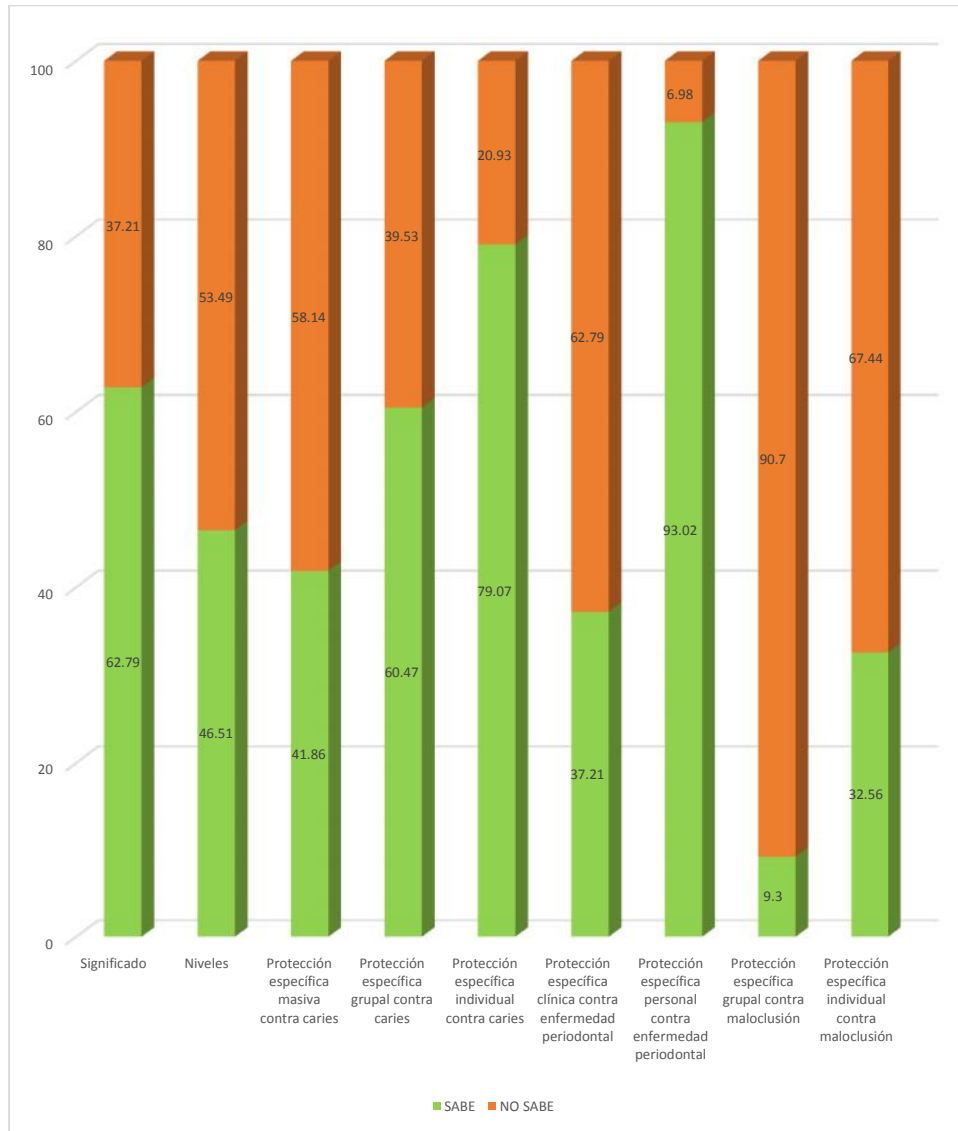
INDICADORES SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA	SABE		NO SABE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Significado	27	62.79	16	37.21	43	100.00
Niveles	20	46.51	23	53.49	43	100.00
Protección específica masiva contra caries	18	41.86	25	58.14	43	100.00
Protección específica grupal contra caries	26	60.47	17	39.53	43	100.00
Protección específica individual contra caries	34	79.07	9	20.93	43	100.00
Protección específica clínica contra enfermedad periodontal	16	37.21	27	62.79	43	100.00
Protección específica personal contra enfermedad periodontal	40	93.02	3	6.98	43	100.00
Protección específica grupal contra maloclusión	4	9.30	39	90.70	43	100.00
Protección específica individual contra maloclusión	14	32.56	29	67.44	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Según la tabla N° 2, la mayoría de gestantes investigadas sabe el significado de prevención primaria y cuáles son las acciones de protección específica grupal e individual contra caries y personal contra enfermedad periodontal. Sin embargo, otra gran mayoría de las mismas desconoce los niveles de prevención primaria, las actividades de protección específica, masiva contra caries dental, clínica contra enfermedad periodontal; y grupal e individual contra maloclusiones.

GRÁFICA N° 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA EN
BASE A SUS INDICADORES, EN GESTANTES**



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 3
CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA EN GESTANTES

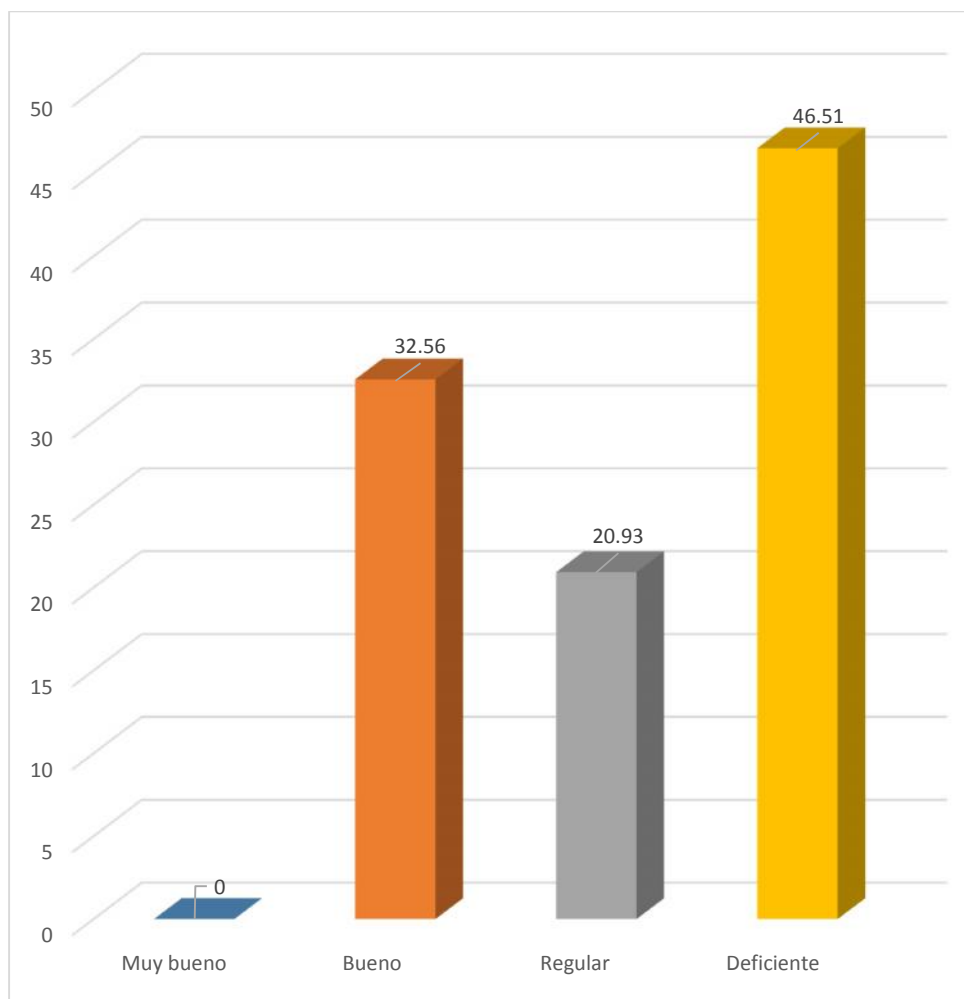
CALIFICACIÓN	N°	%
Muy bueno	0	0
Bueno	14	32.56
Regular	9	20.93
Deficiente	20	46.51
TOTAL	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Según la tabla N° 3, la mayoría de gestantes investigadas tienen un conocimiento deficiente sobre prevención primaria con el 46.51%; seguido por aquellas que mostraron un conocimiento bueno con el 32.56%; y, finalmente las gestantes que exhibieron un conocimiento regular, al respecto, con el 20.93%.

GRÁFICA N° 3

CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

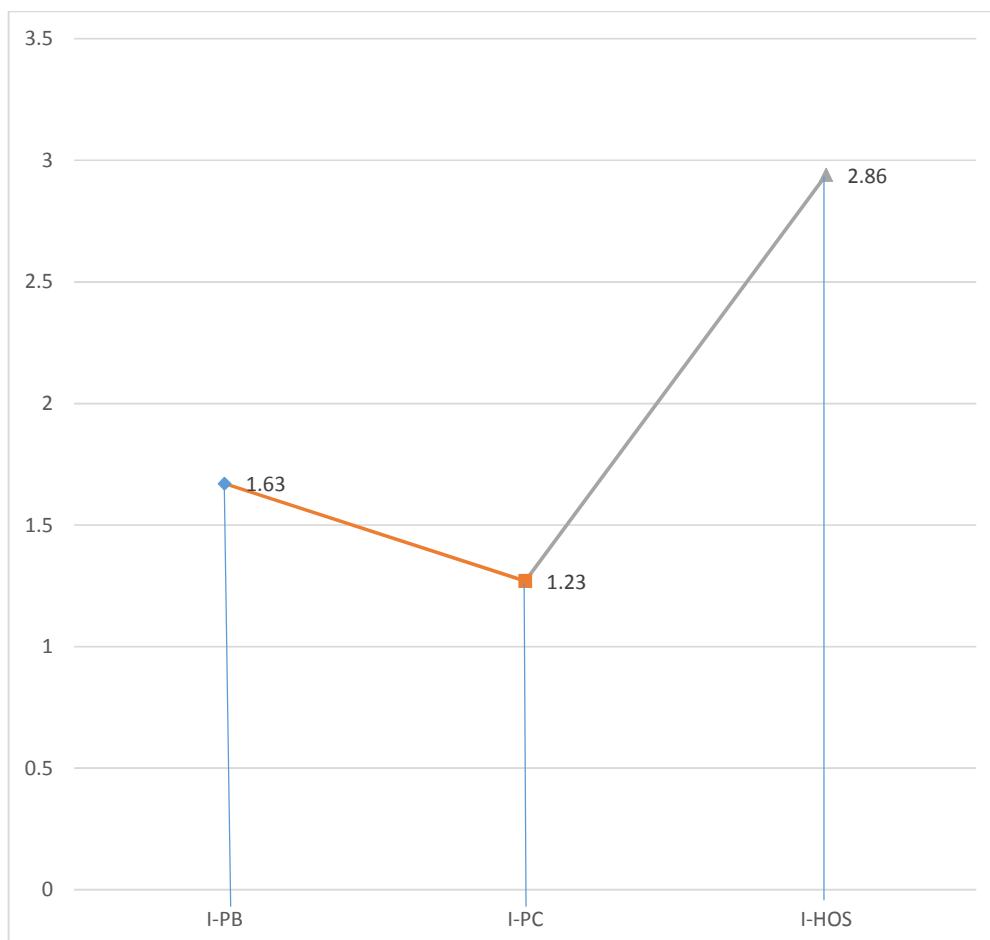
TABLA N° 4
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO POR COMPONENTES EN
GESTANTES INVESTIGADAS

COMPONENTES	N°	\bar{x}	S	$X_{\text{máx}}-X_{\text{mín}}$	R
I-PB	43	1.63	0.88	2.00-1.00	1.00
I-PC	43	1.23	2.01	3.00-0.00	3.00
I-HOS	43	2.86	2.02	4.00-1.00	3.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

De acuerdo a la tabla N° 4, las gestantes examinadas mostraron un promedio I-HOS de 2.86, interpretado como regular. Los valores de desviación estándar muestran una gran homogeneidad de los datos en el componente de placa blanda, y una mayor dispersión en el componente de cálculo y en el I-HOS.

GRÁFICA N° 4
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO POR COMPONENTES EN
GESTANTES INVESTIGADAS



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 5
SIGNIFICADO CLÍNICO DEL I-HOS EN GESTANTES

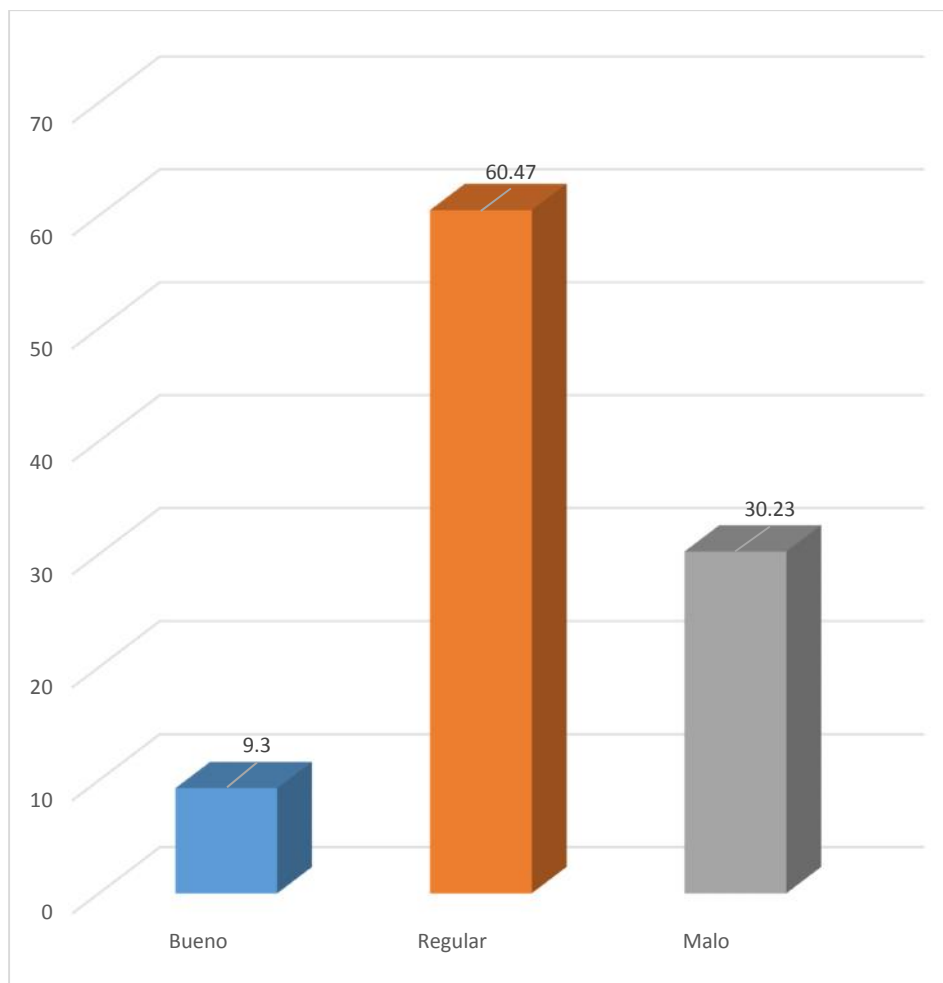
SIGNIFICADO	N°	%
Bueno	4	9.30
Regular	26	60.47
Malo	13	30.23
TOTAL	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Según la tabla N° 5, las gestantes examinadas mostraron un I-HOS mayormente regular con el 60.47%, aunque un porcentaje nada depreciable evidenciaron un índice malo, con el 30.23%.

GRÁFICA N° 5

SIGNIFICADO CLÍNICO DEL I-HOS EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 6
ÍNDICE CPO EN GESTANTES EXAMINADAS

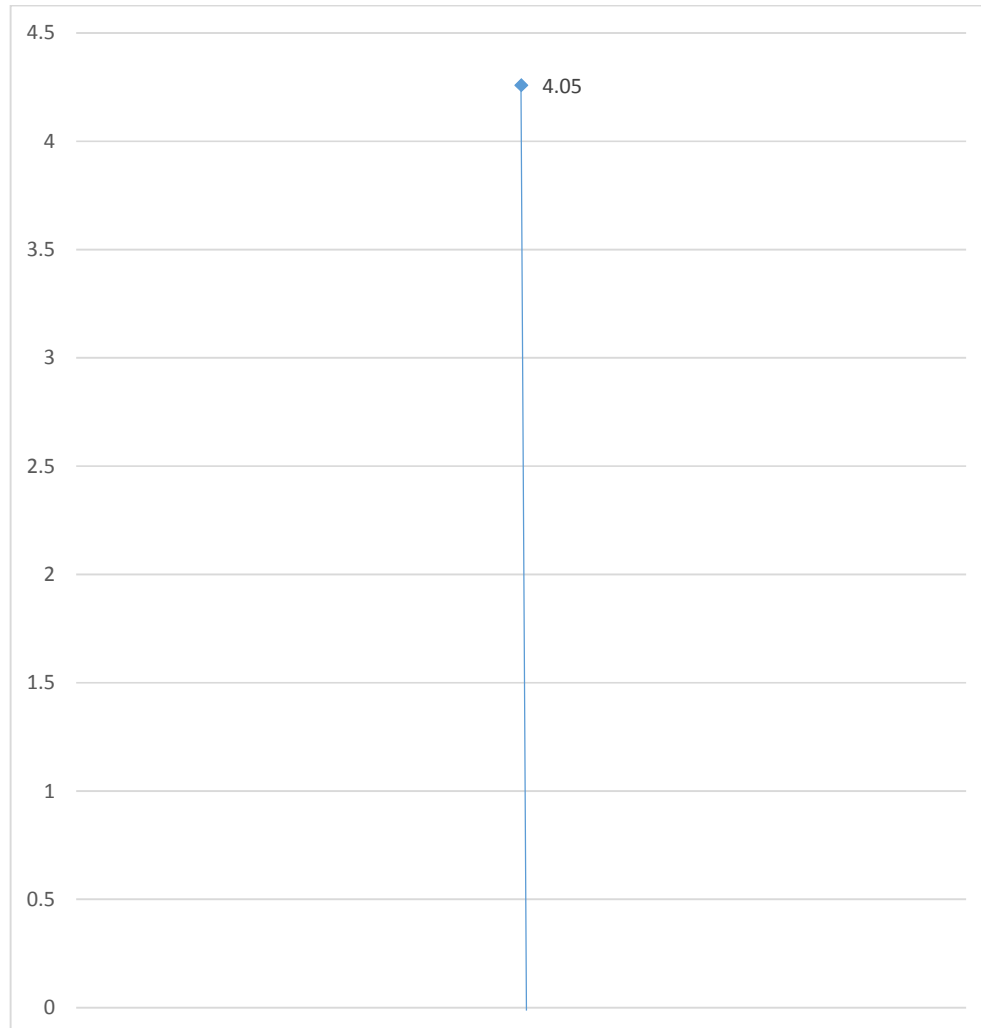
ÍNDICE	N°	STAN	S	X _{máx} -X _{mín}	R
Índice CPO	43	4.05	3.20	7.00-1.00	6.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Según la tabla N° 6, las gestantes examinadas evidenciaron un promedio del I-CPO de 4.05, catalogado como moderado, con tendencia a ser alto. La desviación estándar, a juzgar por el valor relativamente alto, mostró una dispersión considerable de los índices de caries en la población investigada.

El I-CPO de 4.05 indica que la mayoría de las gestantes examinadas tiene un promedio de 4 dientes con historia anterior o actual de caries.

GRÁFICA N° 6 ÍNDICE CPO EN GESTANTES EXAMINADAS



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 7

SIGNIFICADO DEL I-CPO EN GESTANTES

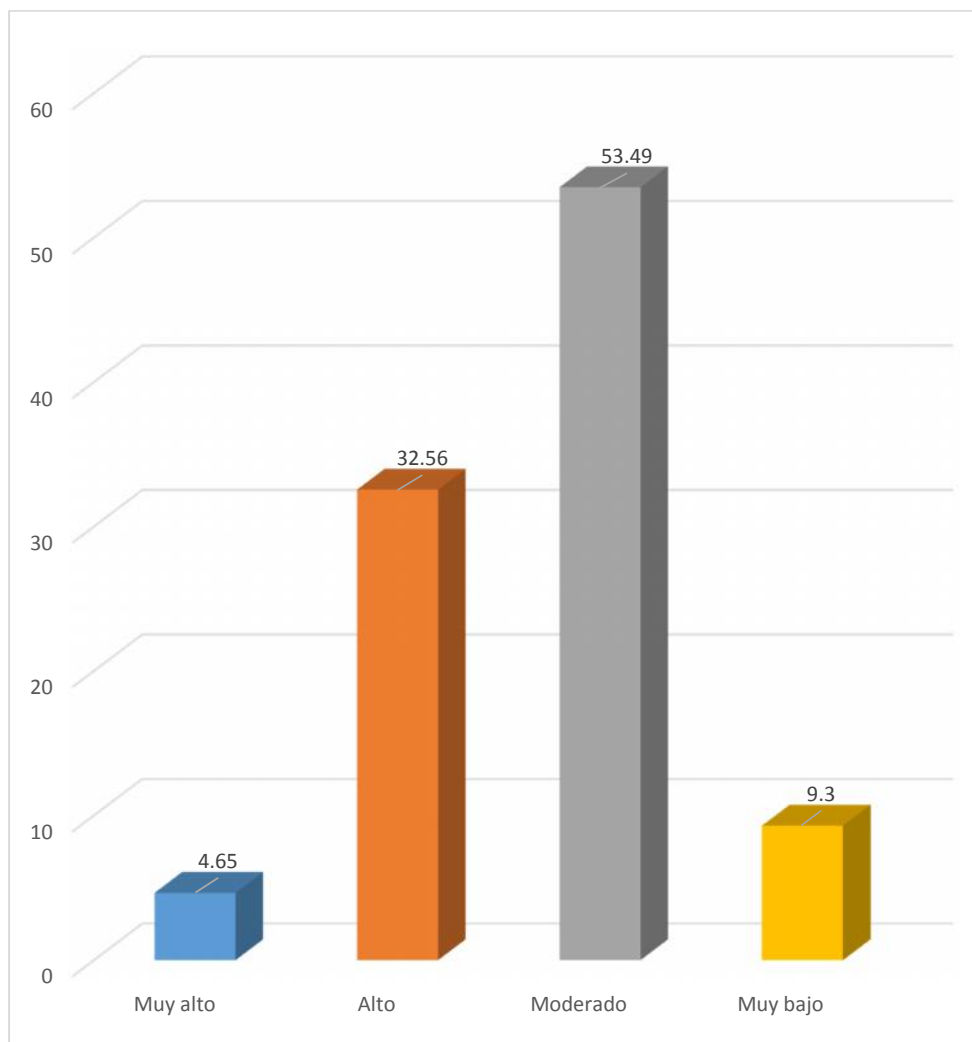
SIGNIFICADO DEL I-CPO	N°	%
Muy alto	2	4.65
Alto	14	32.56
Moderado	23	53.49
Muy bajo	4	9.30
TOTAL	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

En consideración a la tabla N° 7, la mayoría de gestantes mostró un I-CPO moderado con el 53.49%; seguido por un I-CPO alto con el 32.56%; muy bajo con el 9.30%; y finalmente el índice muy alto con el 4.65%.

GRÁFICA N° 7

SIGNIFICADO DEL I-CPO EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 8

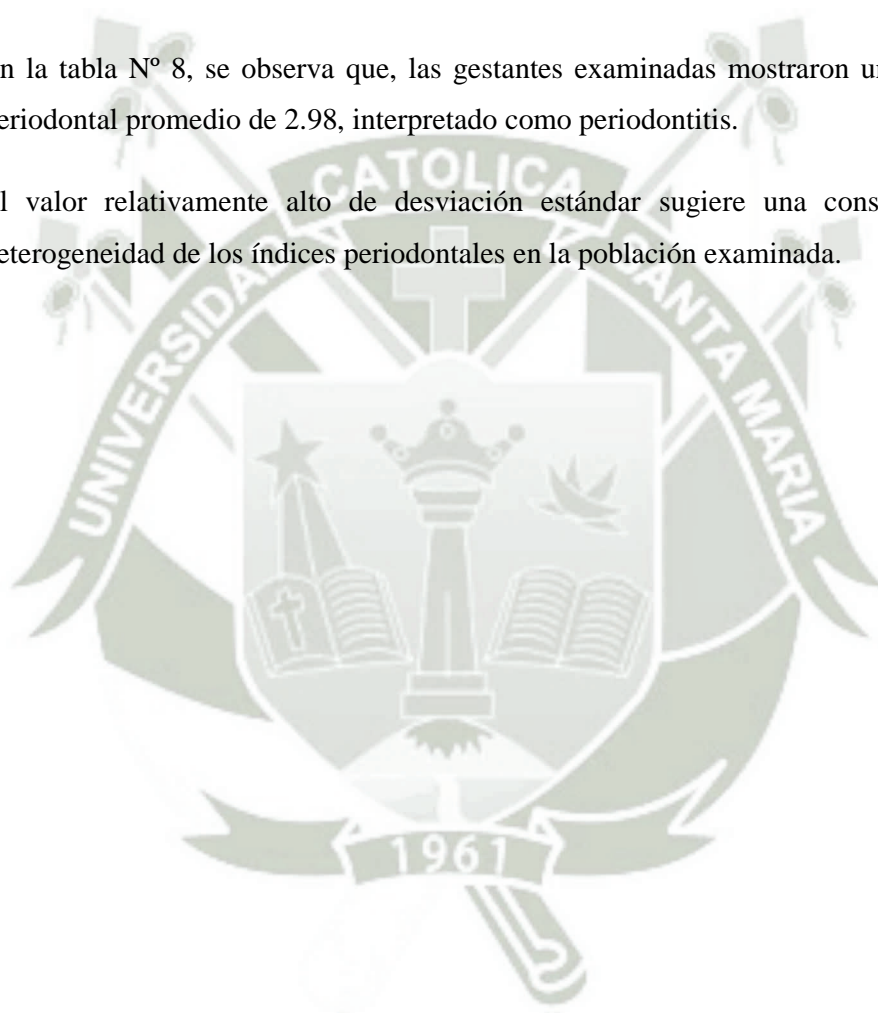
ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL EN GESTANTES EXAMINADAS

ÍNDICE	N°	$\frac{\sum X}{N}$	S	$X_{máx}-X_{mín}$	R
I-PR	43	2.98	3.10	7.00-1.00	6.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

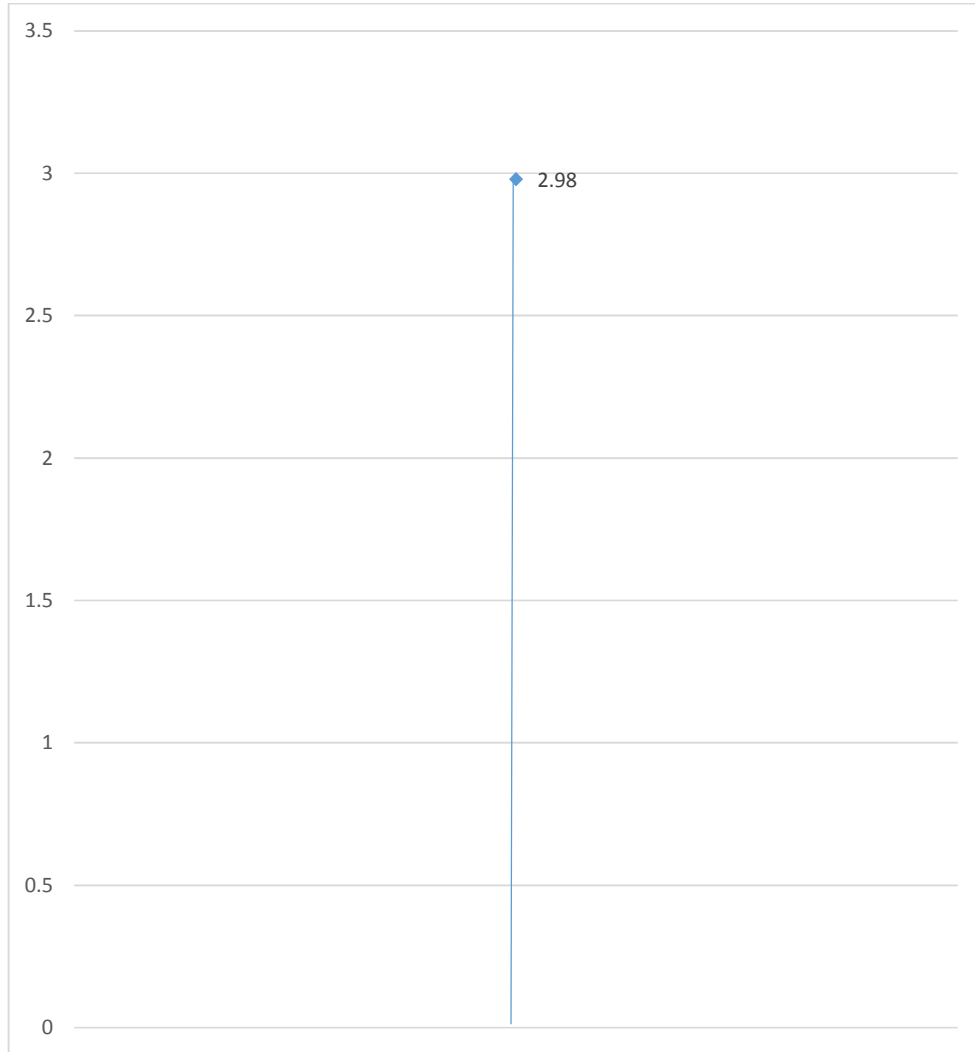
En la tabla N° 8, se observa que, las gestantes examinadas mostraron un índice periodontal promedio de 2.98, interpretado como periodontitis.

El valor relativamente alto de desviación estándar sugiere una considerable heterogeneidad de los índices periodontales en la población examinada.



GRÁFICA N° 8

ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL EN GESTANTES EXAMINADAS



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 9

**SIGNIFICADO DEL ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL
EN GESTANTES**

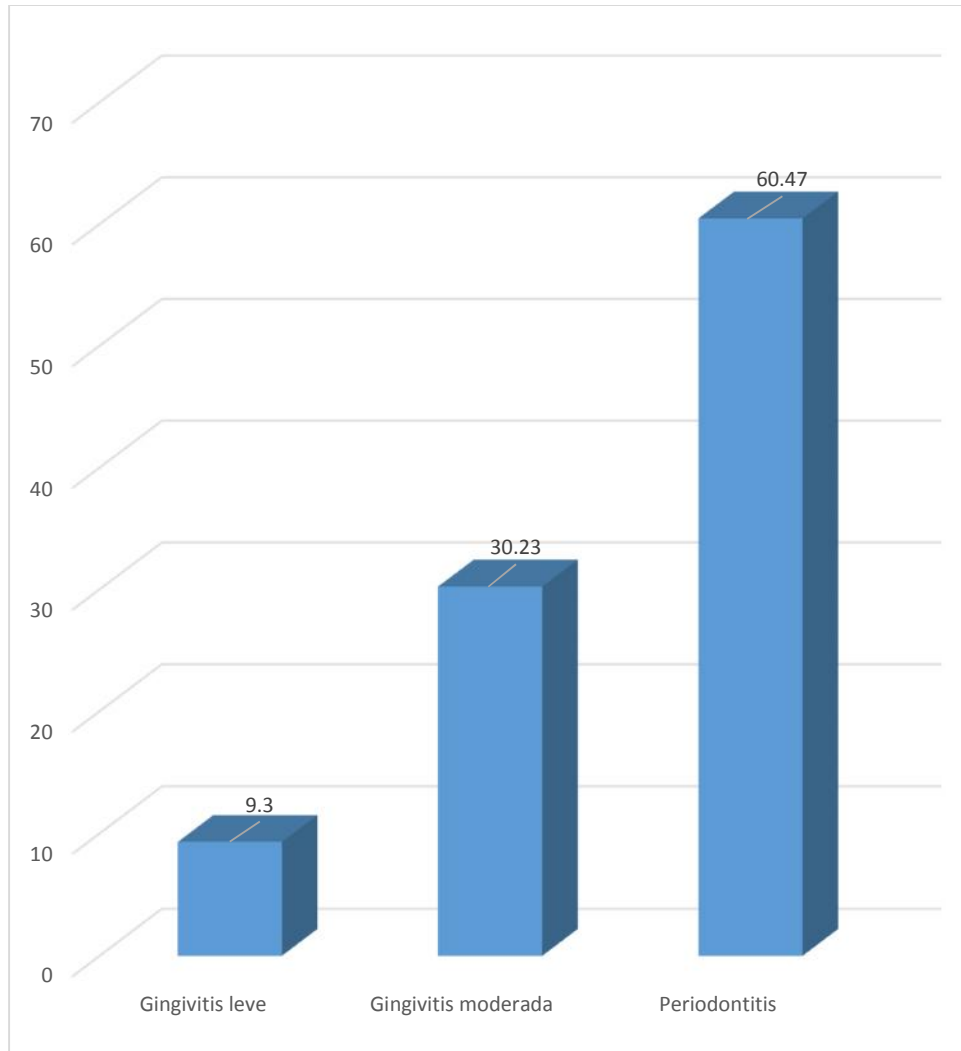
SIGNIFICADO DEL I-PR	N°	%
Gingivitis leve	4	9.30
Gingivitis moderada	13	30.23
Periodontitis	26	60.47
TOTAL	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La categorización del I-PR mostrada en la tabla N° 9, evidencia una alta prevalencia de periodontitis en las gestantes examinadas con el 60.47%; seguido por una gingivitis moderada, con el 30.23%; y, finalmente la gingivitis leve con el 9.30%.

GRÁFICA N° 9

SIGNIFICADO DEL ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 10

**FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES SAGITALES SEGÚN ANGLE EN
PACIENTES GESTANTES**

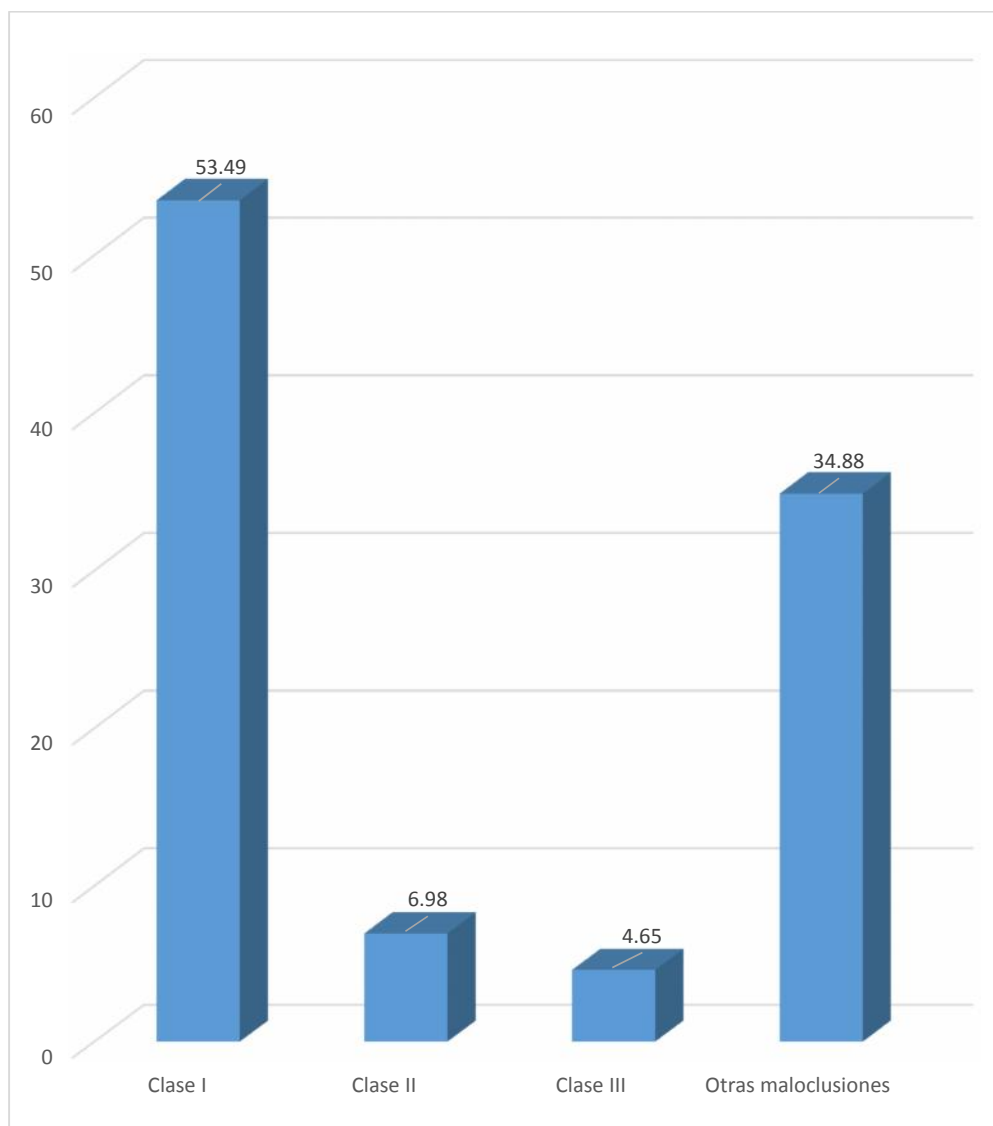
MALOCLUSIONES SAGITALES	N°	%
Clase I	23	53.49
Clase II	3	6.98
Clase III	2	4.65
Otras maloclusiones	15	34.88
TOTAL	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Según la tabla N° 10, en lo que concierne a maloclusiones sagitales, las gestantes examinadas mostraron mayormente una clase I, con el 53.49%; seguido por una clase II con el 6.98%; y, finalmente la clase III con el 4.65%.

GRÁFICA N° 10

FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES SAGITALES EN PACIENTES GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 11

**FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES TRANSVERSALES EN
GESTANTES**

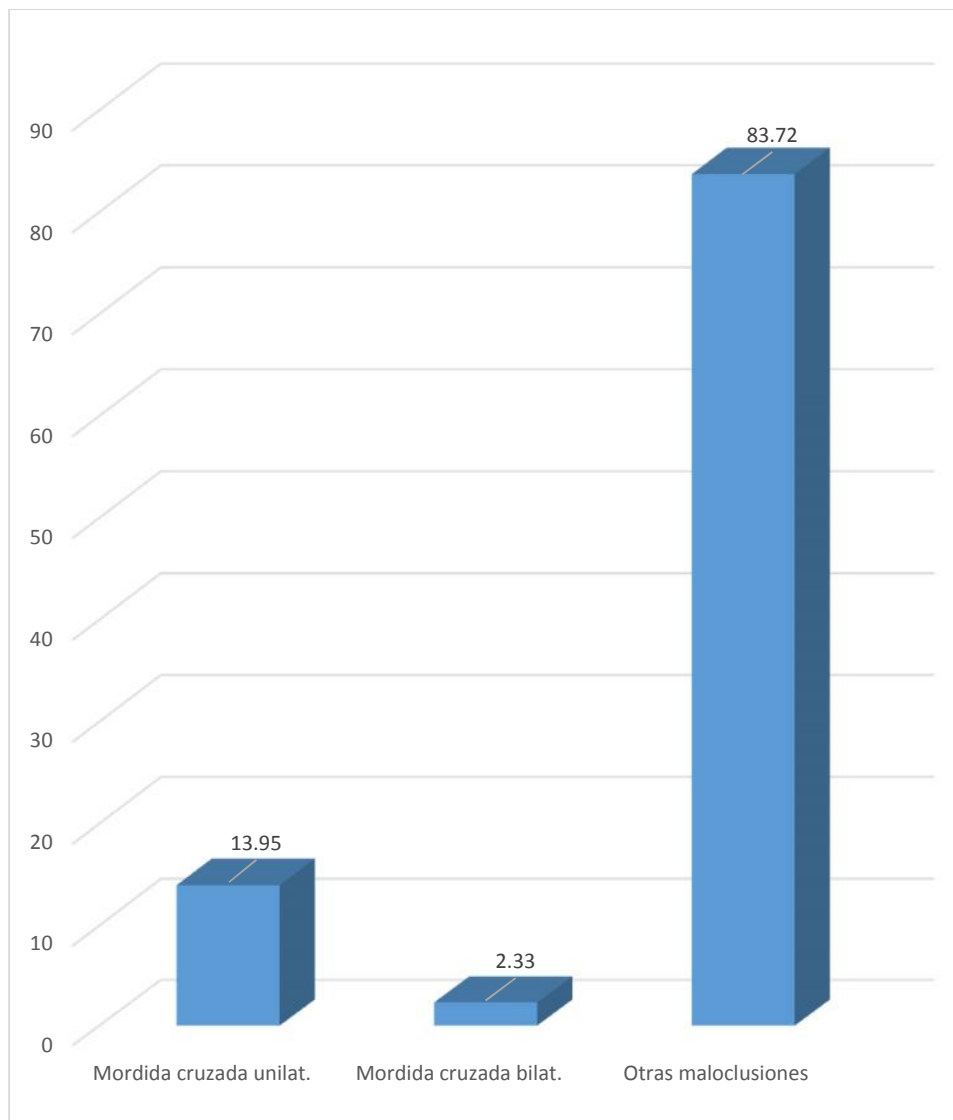
MALOCLUSIONES TRANSVERSALES	N°	%
Mordida cruzada unilat.	6	13.95
Mordida cruzada bilat.	1	2.33
Otras maloclusiones	36	83.72
TOTAL	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Respecto a las maloclusiones transversales, según la tabla N° 11, dentro de escasa frecuencia, predominó la mordida cruzada unilateral, con el 13.95%; seguido por la mordida cruzada bilateral con el 2.33%.

GRÁFICA N° 11

FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES TRANSVERSALES EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 12

FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES VERTICALES EN GESTANTES

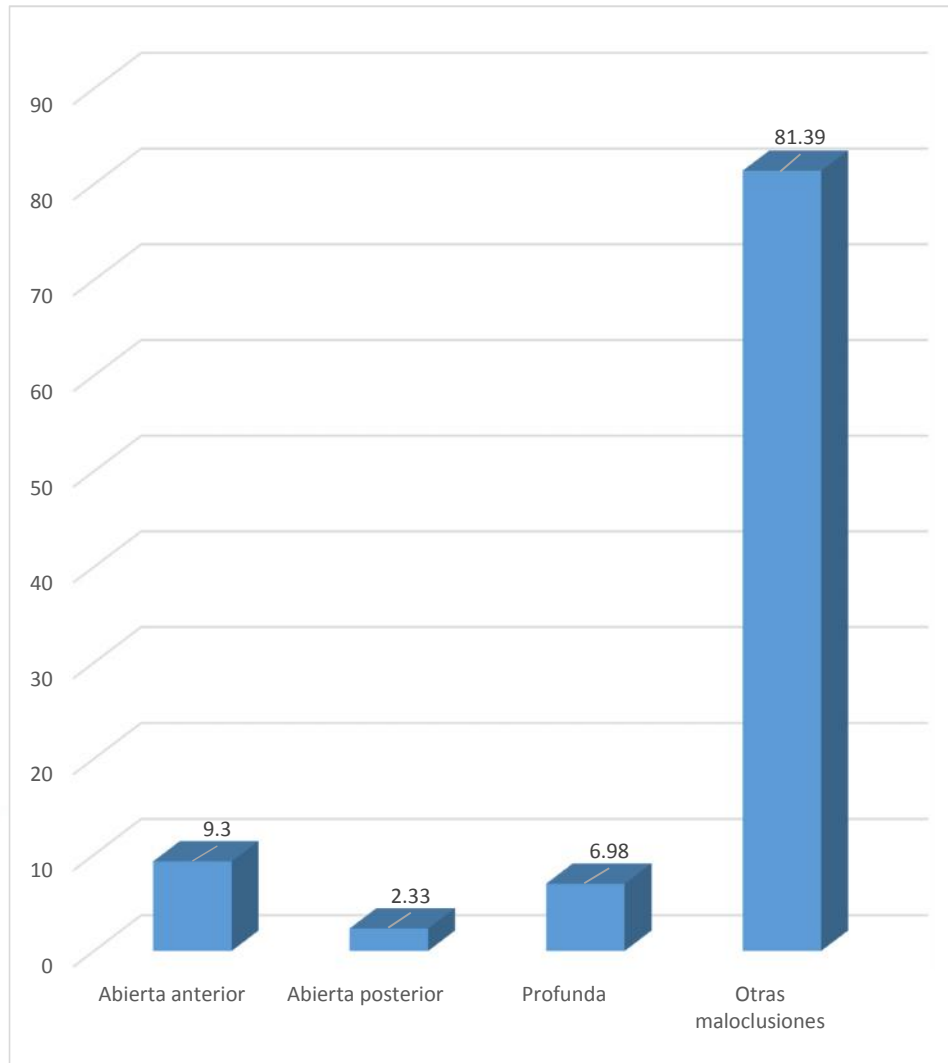
MALOCLUSIONES VERTICALES	N°	%
Abierta anterior	4	9.30
Abierta posterior	1	2.33
Profunda	3	6.98
Otras maloclusiones	35	81.39
TOTAL	43	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Según la tabla N° 12, la maloclusión vertical más frecuente fue la mordida abierta anterior, seguida por la mordida profunda, y luego la mordida abierta posterior, con porcentajes respectivos de 9.30%, 6.98% y 2.33%.

GRÁFICA N° 12

FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES VERTICALES EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 13

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL
SIMPLIFICADO EN GESTANTES**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	I-HOS						TOTAL	
	Bueno		Regular		Malo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Muy bueno	0	0	0	0	0	0	0	0
Bueno	4	9.30	10	23.26	0	0	14	32.56
Regular	0	0	8	18.60	1	2.33	9	20.93
Deficiente	0	0	8	18.60	12	27.91	20	46.51
TOTAL	4	9.30	26	60.47	13	30.24	43	100.00

$X^2: 22.35 > VC: 9.49$

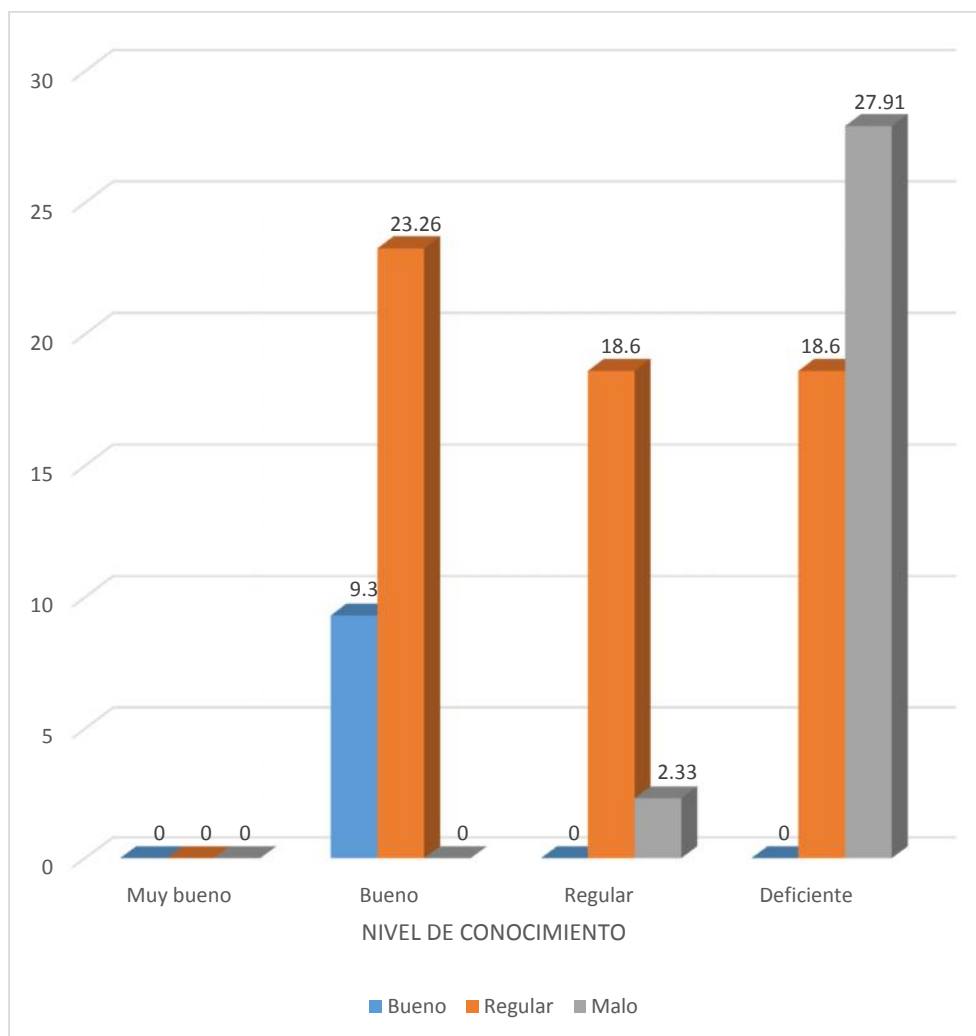
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

En la tabla N° 13 se colige una relación destacable entre los niveles deficientes de conocimiento sobre prevención primaria y el I-HOS malo en un 27.91% de la población gestante; y una relación concomitante entre los niveles buenos de conocimiento sobre dicho aspecto y el I-HOS regular, evidenciable en el 23.26%.

La prueba X^2 muestra una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y el índice de higiene oral simplificado en gestantes.

TABLA N° 13

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL
SIMPLIFICADO EN GESTANTES**



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 14

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y EL ÍNDICE CPO EN GESTANTES**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	I-CPO								TOTAL	
	Muy alto		Alto		Moderado		Muy bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Muy bueno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bueno	0	0	0	0	10	23.26	4	9.30	14	32.56
Regular	0	0	3	6.98	6	13.95	0	0	9	20.93
Deficiente	2	4.65	11	25.58	7	16.28	0	0	20	46.51
TOTAL	2	4.65	14	32.56	23	53.49	4	9.30	43	100.0

X²: 20.68 > VC: 12.59

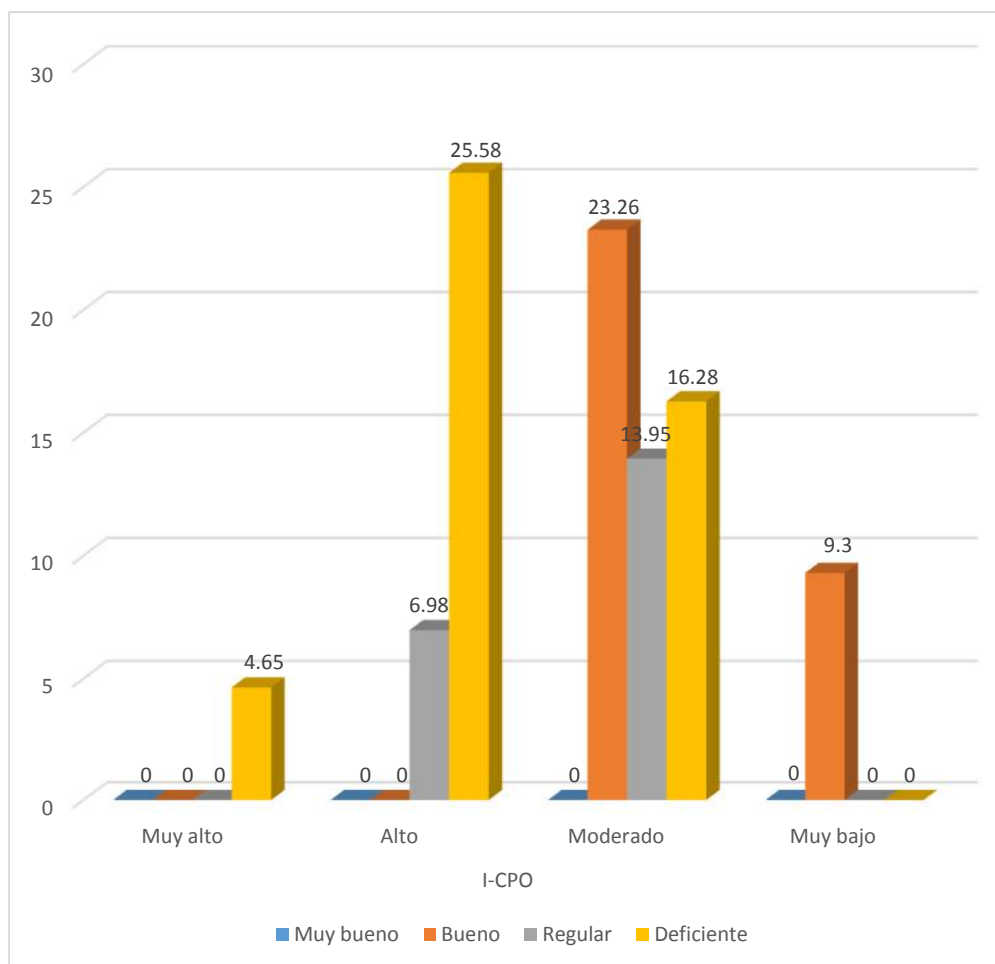
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La tabla N° 14, sugiere una relación entre nivel cognitivo deficiente y el I-CPO alto, entre el nivel de conocimiento regular y el I-CPO moderado; y, el nivel de conocimiento bueno, con el I-CPO moderado.

El contraste X² evidencia una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y el I-CPO en gestantes.

GRÁFICA N° 14

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y EL ÍNDICE CPO EN GESTANTES**



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 15

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y EL ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL
EN GESTANTES**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL						TOTAL	
	Bueno		Regular		Malo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Muy bueno	0	0	0	0	0	0	0	0
Bueno	4	9.30	10	23.25	0	0	4	32.56
Regular	0	0	3	6.98	6	13.95	9	20.93
Deficiente	0	0	0	0	20	46.51	20	46.51
TOTAL	4	9.30	13	30.23	26	60.47	43	100.0

$X^2: 35.97 > VC: 9.49$

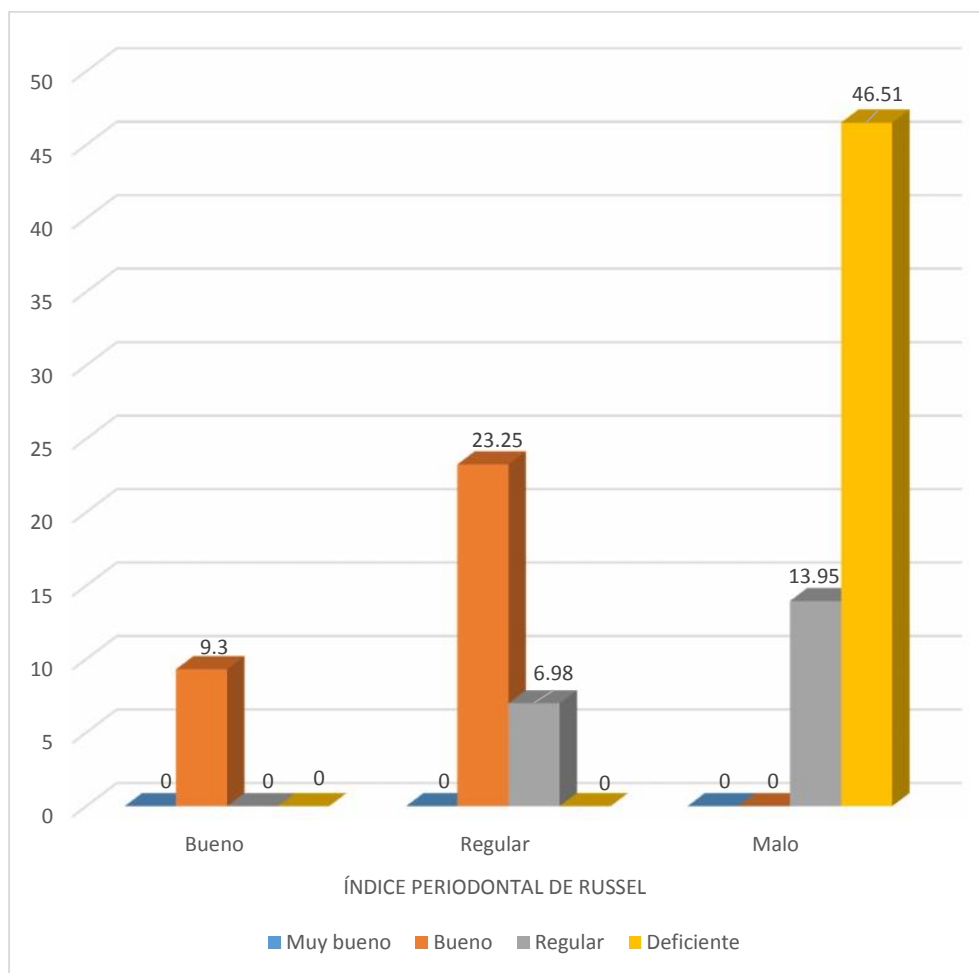
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La tabla N° 15, connota una relación entre los niveles deficientes de conocimiento sobre prevención primaria y el índice periodontal malo, es decir cuanto menos será el conocimiento, tanto más grave será la enfermedad periodontal.

La prueba X^2 demuestra una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y el Índice Periodontal de Russel.

GRÁFICA N° 15

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y EL ÍNDICE PERIODONTAL DE RUSSEL
EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 16

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES
SAGITALES EN GESTANTES**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	MALOCLUSIONES SAGITALES										TOTAL	
	Clase I		Clase II		Clase III		Subtotal		Otras maloclusiones			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bueno	6	13.95	2	4.65	1	2.33	9	20.93	5	11.63	14	32.56
Regular	6	13.95	0	0	0	0	6	13.95	2	4.65	8	18.60
Deficiente	11	25.58	1	2.33	1	2.33	13	30.23	8	18.60	21	48.84
TOTAL	23	53.49	3	6.98	2	4.65	28	65.11	15	34.88	43	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

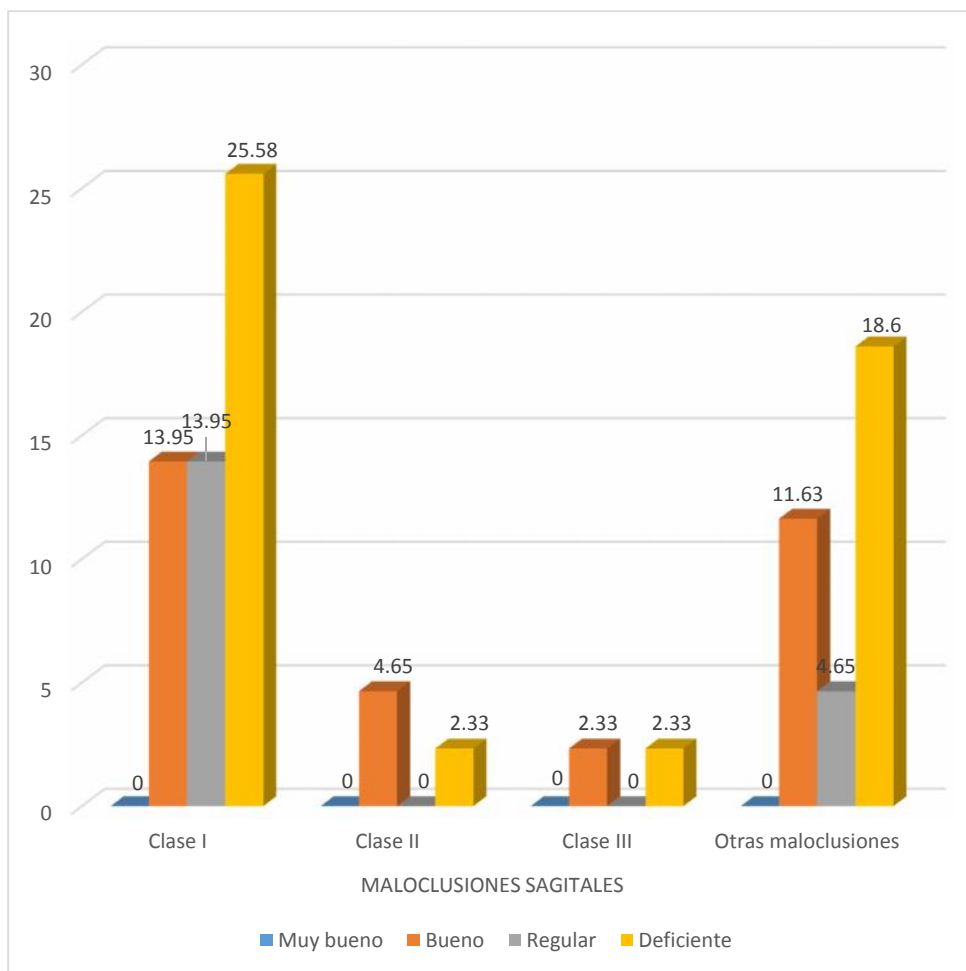
La tabla N° 16, configura una relación matemática entre los niveles deficientes de conocimiento sobre prevención primaria y la mayor prevalencia de la maloclusión clase I. Los niveles de conocimientos buenos y regulares se vinculan mayormente con las maloclusiones clase I.

Lo antes mencionado coincide con la prevalencia de maloclusiones a nivel local, nacional e internacional. Así la megatesis del 2011 efectuada en el Centro de Investigación de la Facultad de Odontología de la UCSM reportó una alta frecuencia de maloclusiones de clase I con el 65% porcentaje que es muy similar a lo reportado a nivel nacional e internacional que indica un representativo 67% de ocurrencia.

Según el reporte del CIFOD las maloclusiones de clase II se dieron en un 18% y las maloclusiones de clase III en un 4%.

GRÁFICA N° 16

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES
SAGITALES EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 17

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES
TRANSVERSALES EN GESTANTES**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Maloclusiones transversales								TOTAL	
	Mordida cruzada unilateral		Mordida cruzada bilateral		Subtotal		Otras maloclus.			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bueno	4	9.30	1	2.33	5	11.63	9	20.93	14	32.56
Regular	2	4.65	0	0	2	4.65	7	16.28	9	20.93
Deficiente	0	0	0	0	0	0	20	46.51	20	46.51
TOTAL	6	13.91	1	2.33	7	16.28	36	83.72	43	100.0

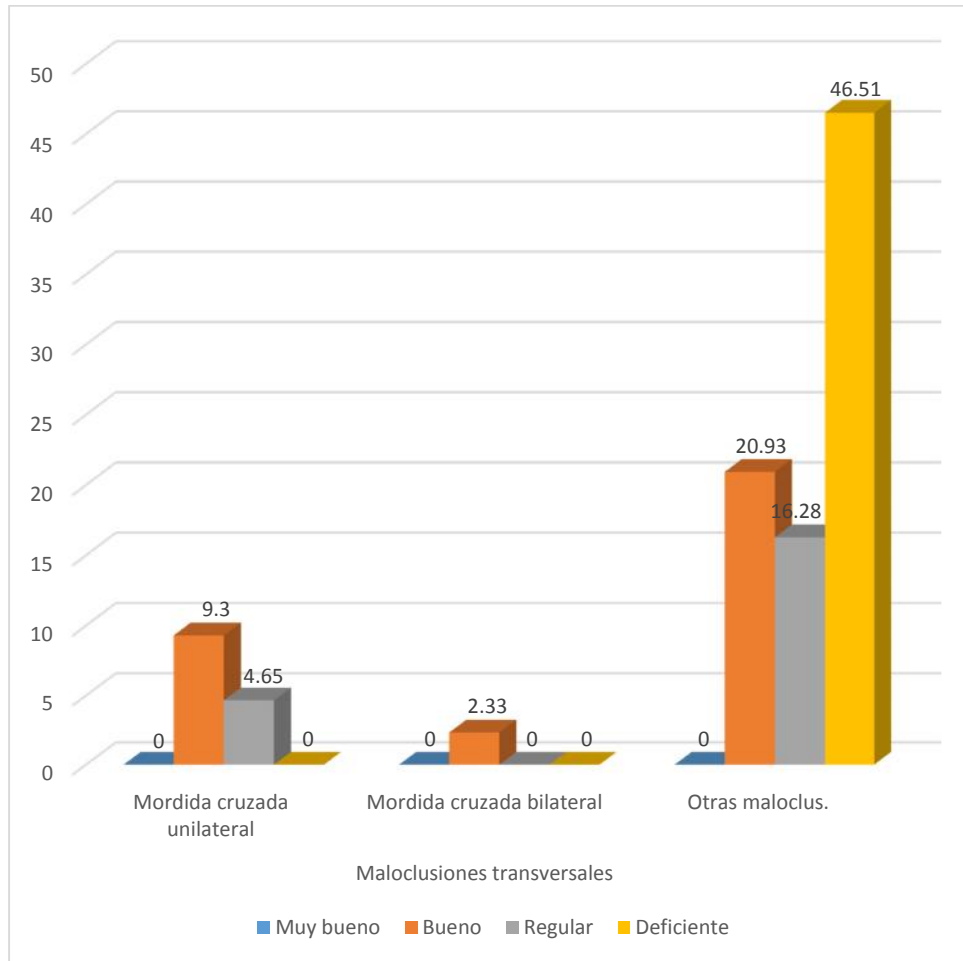
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La tabla N° 17, objetiva una inexistencia de relación congruente entre el nivel de conocimiento y la prevalencia de maloclusiones transversales, sin embargo, podría colegirse una relativa vinculación entre los niveles de conocimiento bueno y regular, con la mordida cruzada unilateral.

Si bien es cierto se espera que el mayor porcentaje de maloclusiones, en este caso transversales esté vinculado al conocimiento deficiente sobre prevención primaria, tal relación no ha sido evidenciada en esta tabla, por lo que es menester buscar potenciales factores de riesgo sobre la real frecuencia de maloclusiones transversales. Así se puede considerar la educación sobre la respiración y la permeabilidad de las vías nasales.

GRÁFICA N° 17

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES
TRANSVERSALES EN GESTANTES**



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 18

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES
VERTICALES EN GESTANTES**

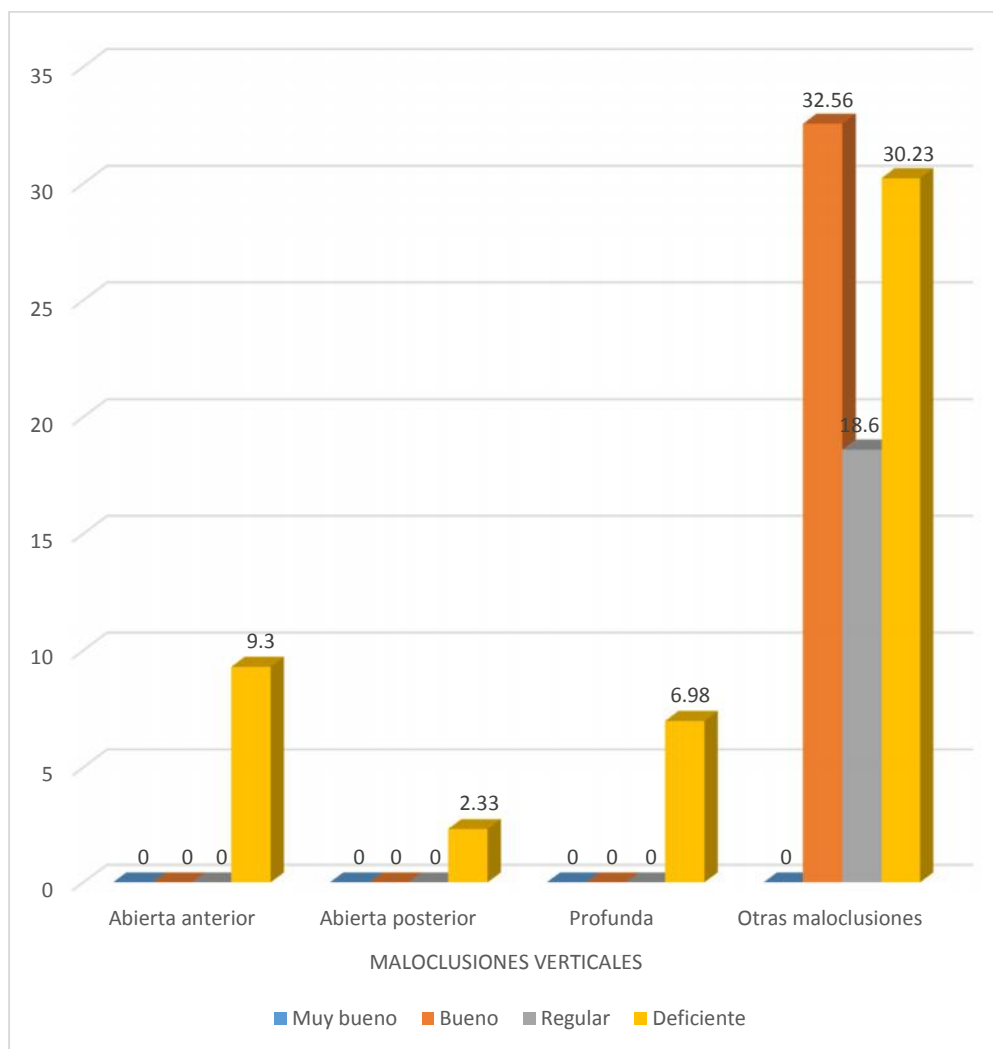
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MALOCLUSIONES VERTICALES										TOTAL	
	Abierta anterior		Abierta posterior		Profunda		Subtotal		Otras maloclusiones			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bueno	0	0	0	0	0	0	0	0	14	32.56	14	32.56
Regular	0	0	0	0	0	0	0	0	8	18.60	8	18.60
Deficiente	4	9.30	1	2.33	3	6.98	8	18.60	13	30.23	21	48.84
TOTAL	4	9.30	1	2.33	3	6.98	8	18.60	35	81.40	43	100.0

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La tabla N° 18, parece configurar una relativa relación matemática entre el deficiente conocimiento sobre prevención primaria y la ocurrencia de mordidas abiertas anteriores, cuando menos en un 9.30% de las gestantes examinadas.

GRÁFICA N° 18

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES
VERTICALES EN GESTANTES



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 19

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y LA FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES
EN GENERAL**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	MALOCLUSIONES						TOTAL	
	Sagitales		Transvers.		Verticales			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bueno	0	0	0	0	0	0	0	0
Bueno	9	20.93	5	11.63	0	0	14	32.56
Regular	6	13.95	2	4.65	0	0	8	18.60
Deficiente	13	30.23	0	0	8	18.60	21	48.84
TOTAL	28	65.11	7	16.28	8	18.60	43	100.00

$X^2: 68.104 > VC: 9.49$

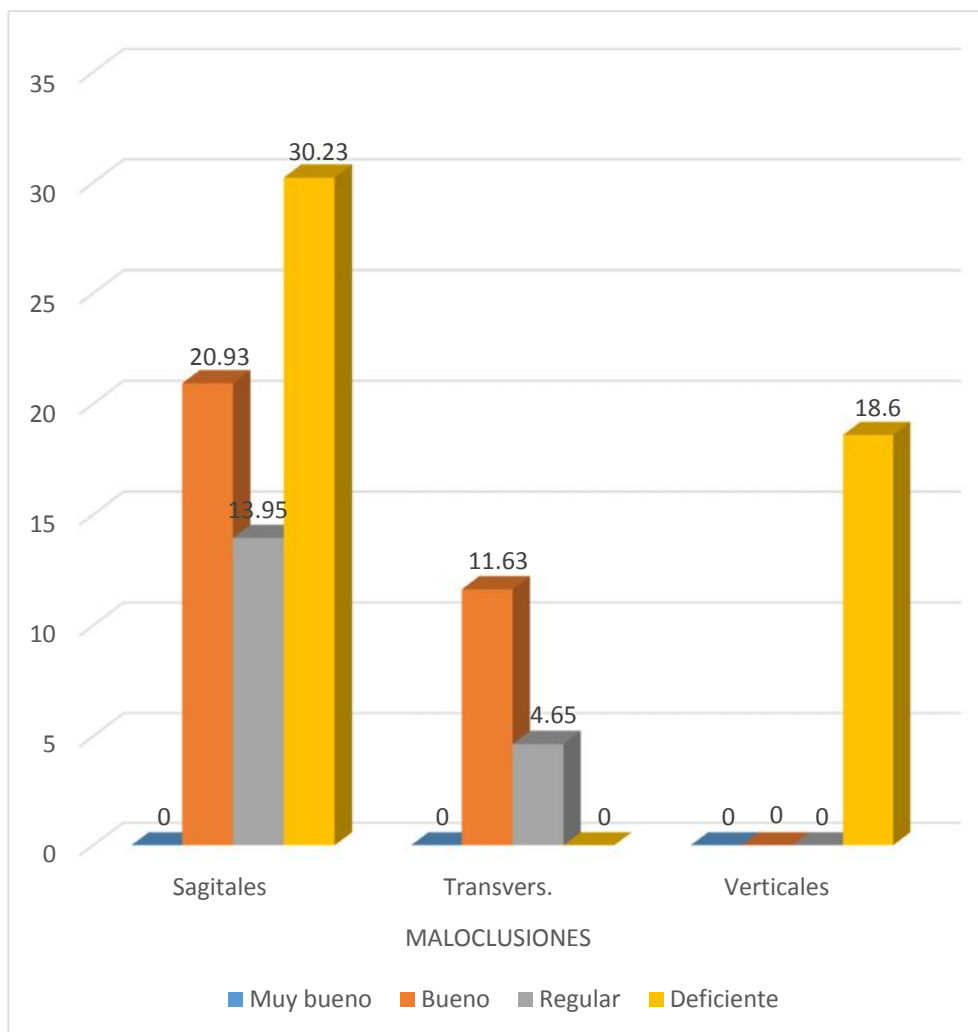
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La tabla N° 19 parece configurar una relativa relación matemática entre el nivel deficiente de conocimiento en prevención primaria y la mayor prevalencia de maloclusiones sagitales que sus análogas transversales y verticales.

El contraste X^2 evidencia una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la frecuencia de maloclusiones en las gestantes examinadas.

GRÁFICA N° 19

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y LA FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES
EN GENERAL



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

DISCUSIÓN

El hallazgo central de la presente investigación, en base a la prueba X^2 , estriba en el hecho de que existe diferencia estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y los índices de higiene oral, caries dental, enfermedad periodontal y frecuencia de maloclusiones, que configuran la condición de salud bucal.

Al respecto Rodríguez Vargas (2002) en un estudio realizado en Lima-Perú, en mujeres gestantes, obtuvo que las conclusiones se orientaron a fortalecer programas educativos a nivel masivo, unificar criterios a nivel odontológico sobre la temática de la odontología en el ámbito perinatal y generar apoyos para la educación en salud a nivel privado y en los diferentes niveles de atención a la salud.

Garbero et tal. (2010), en una investigación realizada en Argentina, en pacientes embarazadas, se encontró que en cuanto a los factores a los que las mujeres atribuyeron el deterioro de la salud bucodental durante el embarazo, en ambos grupos más del 50% los desconoce. Las restantes opinaron que consumir dulces y el debilitarse son las causas de la aparición de las caries. Por otro lado, la modificación hormonal, el mal cepillado, la presencia de caries muy avanzadas son responsables del sangrado de las encías durante la gestación.

Alarcón (2010), obtuvo un conocimiento deficitario sobre prevención en salud oral en pacientes gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el cual influyó en los niveles de salud bucal, los cuales fueron determinados mediante la aplicación de los índices de higiene oral, caries dental y enfermedad periodontal.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El nivel de conocimiento sobre prevención primaria en gestantes es mayormente deficiente, calificativo obtenido en el 46.51% de la población estudiada.

SEGUNDA:

La condición de salud bucal en gestantes se caracteriza por un I-HOS promedio de 2.94, configurado como regular; un I-CPO de 4.26, como moderado tendente a alto, un I-PR de 2.98, compatible con una periodontitis; y, una mayor prevalencia de maloclusiones sagitales, registradas en un 65.11%.

TERCERA:

La prueba X^2 muestra una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la condición de salud bucal, expresada en los índices de higiene oral simplificado, de caries dental, de enfermedad periodontal y frecuencia de maloclusiones.

CUARTA:

Consecuentemente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa o de la investigación, con un nivel de significación de 0.05.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Comité Preventivo del Hospital Regional Hipólito Unanue implementar un Programa de Capacitación en prevención primaria, dirigido a las gestantes, destinado a mejorar el nivel de conocimiento y aplicación de los niveles de fomento de salud y protección específica en Salud Oral.
2. Se sugiere reforzar el Subprograma ya existente de Protección Específica contra caries dental, de modo masivo a través de la fluorización de la sal de consumo; de modo grupal mediante enjuagatorios quincenales con fluoruro de sodio al 0.2%; y, de modo individual, por medio de la aplicación tópica de fluoruros y sellantes de fosas y fisuras.
3. Asimismo, se recomienda implementar el Subprograma de Protección Específica contra enfermedad periodontal, de modo clínico, a través de destartajes periódicos y seriados; y de modo personal, por medio de cepillado dentario, empleo de colutorios antiplaca e hilo dental.
4. Conviene además implementar el Subprograma de Protección Específica contra maloclusiones, grupalmente, mediante la vigilancia de la erupción dentaria, conservación de los primeros molares, de las relaciones entre arcos, y de su longitud y anchura; e individualmente, mediante la preservación del tamaño y forma de los arcos, de la estética, función y posición de los mismos.
5. Además, sugerir la interconsulta con el otorrinolaringólogo para determinar cuántas alteraciones son debidas a la obstrucción de las vías aéreas superiores y comprobar los repetidos sucesos de infecciones aéreas.
6. Se recomienda también una investigación sobre la injerencia de hábitos parafuncionales, deglución atípica y permeabilidad de vías nasales en las maloclusiones, con la finalidad de establecer algún tipo de relación etiológica importante, sobre todo lo que respecta a su magnitud.

PROPUESTA

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ORAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA.

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que la población gestante de dicho hospital acusa niveles cognitivos deficientes sobre prevención primaria y que la condición de salud de estas pacientes revela un Índice Higiene Oral Simplificado de 2.94, un índice de CPO de 4.26, un índice Periodontal de Russel de 2.98 y una alta prevalencia de maloclusiones sagitales (65.11%), es que se hace necesario la creación, implementación y ejecución del Programa de Capacitación en Prevención Primaria.

3. OBJETIVOS

- 3.1. Diseñar el Programa de Capacitación de Prevención Primaria en Salud Oral.
- 3.2. Implementar dicho programa.
- 3.3. Aplicar el programa en cuestión.

4. FASES DE LA PROPUESTA

- 4.1. Planificación.
- 4.2. Implementación.
- 4.3. Ejecución.

5. ACCIONES

5.1. En la Fase de Planificación

- Diseño del programa de capacitación en prevención primaria.
- Presentación de la propuesta al Director del Hospital.
- Designación de una comisión ad hoc para análisis, revisión y aprobación de la propuesta.
- Elevación de la propuesta al Consejo Directivo del Hospital para su análisis y aprobación.

5.2. En la Fase de Implementación

- Nombramiento de la comisión de promoción de salud oral.
- Designación de la comisión sobre protección específica en salud oral.

6. ESTRATEGIA

- Nombramiento de comisiones para la formulación, implementación y ejecución de la propuesta.
- Formulación de proyectos por actividad y comisión.
- Evaluación en las instancias de norma.
- Revisión por las comisiones nombradas.
- Aprobación de la propuesta por el Consejo Directivo
- Implementación
- Ejecución.

7. RECURSOS HUMANOS

- Autoridades
- Director del Hospital Regional Hipólito Unanue
- Miembros de las comisiones de implementación y ejecución
- Personal asistencial

8. RECURSOS FÍSICOS

- Ambientes del área de Maternidad de dicho hospital.

9. UBICACIÓN ESPACIAL

Hospital Regional Hipólito Unanue. Tacna.

10. PRESUPUESTO

El requerimiento económico para solventar las acciones propuestas, es de aproximadamente de S/. 10.000.00 nuevos soles.

- El presupuesto general anual del hospital.
- Dividendos internos del hospital.

11. CRONOGRAMA

Acciones	Tiempo	2014			
		Enero	Febrero	Marzo	Abril
Diseño del programa		■			
Implementación del programa			■		
Ejecución del programa				■	
Evaluación de resultados					■

BIBLIOGRAFÍA

- BARANCHUK, Adolfo y LEVINTON DE BARANCHUK, Fanny.: *Odontología Preventiva. Un desafío a la creatividad y la investigación, enfoque interdisciplinario*. Revista Actualidad Odontológica.2008.
- BARRIOS, Gustavo. *Odontología su Fundamento Biológico*. 4ta edición. Editorial IATROS. Bogotá 2008
- BRAVO GONZALEZ, Luis Alberto. *Manual de Ortodoncia*.4ta edición. Editorial Universidad de Murcia. España 2004
- CANUT BRUSOLA, José. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*. 3ra edición. Editorial MASSON. Barcelona 2008
- CUENCA SALA, Emili y BACA GARCÍA Pilar.: *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Tercera Edición. Barcelona. Editorial. Masson, S.A. 2005.
- GRISPAN, David. : *Enfermedades de la Boca*. Tomo III, 1ª Edición. Buenos Aires. Editorial Mundi. S.A.2005.
- LAMAS OLIVEIRA, Martha.: *Caries de la Infancia Temprana: Etiología, Factores de Riesgo y Prevención*. Profesión Dental. Madrid. 2009.
- LINDHE, Jan. *Periodontología Clínica*. 8^{va} Edición. Editorial Médica Panamerica.2010.
- LITTLE, James.: *Gestación y Lactancia. Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico*. 8^{va} Edición. Editorial HarcourtBrace. 2008.
- MCDONALD. K., *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. 8va edición. Editorial Mosby-Doyma. Madrid 2005.

- MAGNUSSON, Bengt.: *Odontopediatría. Enfoque Sistemático*. 1ª Edición. Barcelona. Editorial Salvat. 2007.
- ZERÓN, Agustín.: *¿Cómo Conservar sus Dientes y Encías toda la Vida?* Odontología para pacientes. Universidad Autónoma de México. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial. 2ª Edición. México.2006.



HEMEROGRAFÍA

- ALARCÓN, José. *Nivel de conocimiento sobre prevención en salud oral y perfil epidemiológico bucal básico en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Espinoza*. Arequipa. (2010)
- CIFOD. *Guía para la Calibración de Instrumentadores de la Megatesis versión 2011*.
- GARBERO et tal. Tesis. *Factores que influyen en el deterioro de la salud bucal en la percepción de las gestantes del Hospital N.LNS.2010*.
- GARBERO et tal.: *Nivel de Conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal en Gestantes del Hospital N.LNS.PNP*. Tesis. Argentina. 2010.
- GOMEZ, Sonia.: *Importancia de Hábitos de Higiene Bucal en Programas de Promoción de Salud*. Revista Odontológica Ciencia N°15. Argentina.1993.
- RODRÍGUEZ VARGAS, Martha. Tesis. *Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión*.
- RODRIGUEZ VARGAS, Martha.: *Nivel de Conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal en Gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión*. Tesis. Facultad de Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2002.

INFORMATOGRAFÍA

- www.revistascientifica.com/publicaciones/EEukvkpzazjgerBNOB.php





ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN PRIMARIA Y LA CONDICIÓN DE SALUD
BUCAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL
HIPÓLITO UNANUE. TACNA. 2013.**

Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller:

MIGUEL ARTURO BEGAZO DE LA CRUZ

Para optar por el Grado Académico de

MAGÍSTER EN ODONTOESTOMATOLOGÍA

AREQUIPA – PERÚ
2013

I. PREÁMBULO

El embarazo es una fase en que la mujer acusa cambios hormonales, expresados en la liberación aumentada de esteroides sexuales como estradiol (20 mg/día), estriol (80 mg/día) y progesterona (300 mg/día), que disminuyen, en términos generales la resistencia tisular de las estructuras orales, como dientes y periodonto, a la acción de los irritantes locales, como placa, cálculos, etc. (Lindhe: 2008).

Se dice, basado en la premisa anterior que, existe relación entre la condición de los tejidos dentarios y periodontales con la gestación. Sin embargo en términos porcentuales y estadísticos no se ha sabido cuantificar dicha asociación, de modo que tal desconocimiento constituye el problema básico primigenio, que da origen y razón al presente estudio.

En lo que respecta a las estructuras dentarias duras, durante el embarazo, éstas exhiben una creciente descalcificación al aumentar las mayores demandas funcionales de calcio. En esta situación, el tejido dentario duro, es muy proclive a la instalación de procesos cariosos agudos, que se complican con la creciente capacidad para formar placa (Dowson: 2010).

Los tejidos periodontales no constituyen la excepción. Así la inflamación gingival, iniciada por la placa y exacerbada por estos cambios hormonales durante el embarazo, genera gingivitis gravídica, caracterizada por tumefacción, gingivorragia al sondaje crevicular e incremento del fluido crevicular.

Reportes investigativos muy preliminares informan que, la prevalencia de gingivitis del embarazo varía entre el 35% y 100% (Hasson, Lundgre y col: 2010). En un estudio de 130 mujeres embarazadas, Machuca y col: 2011), identificaron gingivitis en el 68% de la población.

El presente problema ha sido determinado por un análisis acucioso y consciente de antecedentes investigativos referidos al tema, y la necesidad de configurar y cuantificar estadísticamente la relación embarazo y condición de salud bucal.



II.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación.

1.1. Enunciado del problema

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA Y LA CONDICIÓN DE SALUD BUCAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL HIPÓLITO UNANUE. TACNA. 2013.

1.2. Descripción del problema.

1.2.1. Área del conocimiento.

- Área General : Ciencias de la salud
- Área Específica : Odontología
- Especialidad : Odontología Preventiva y Comunitaria
- Línea o tópico : Embarazo y Salud Oral

1.2.2. Análisis u Operacionalización de variables.

Variables		Indicadores	Subindicadores de primer orden	Subindicadores de segundo orden	Subindicadores de tercer orden	Subindicadores de cuarto orden
VI	Nivel de conocimiento sobre prevención primaria	Significado de prevención primaria				Sabe No sabe
		Niveles de prevención primaria	Promoción de salud			Sabe No sabe
			Protección específica (PE)	Contra caries	<ul style="list-style-type: none"> • Masiva • Grupal • Específica 	Sabe No sabe
				Contra enfermedad periodontal	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica • Personal 	Sabe No sabe
Contra maloclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Grupal • Individual 	Sabe No sabe				
VD	Condición de salud bucal	Índice de higiene oral simplificado	<ul style="list-style-type: none"> • Componente de placa • Componente de cálculos • Puntuación del índice • Significado clínico 			
		Índice CPO	<ul style="list-style-type: none"> • C: Nro de dientes cariados • P: Nro de dientes perdidos • C: Nro de dientes obturados • Puntuación del índice • Significado clínico 			
		Índice periodontal de Russel	<ul style="list-style-type: none"> • 0: Periodonto normal • 1: Gingivitis leve • 2: Gingivitis establecida • 6: Formación de bolsa periodontal • 8: Destrucción periodontal avanzada con pérdida de la función masticatoria • Puntuación del índice • Significado clínico 			
		Frecuencia de maloclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Maloclusiones sagitales • Maloclusiones transversales • Maloclusiones verticales 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Mordida cruzada unilateral • Mordida cruzada bilateral • Mordida abierta anterior • Mordida abierta posterior • Mordida profunda 		

1.2.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención primaria en gestantes?
- b. ¿Cuál es la condición de salud bucal en dichas pacientes?
- c. ¿Cómo es la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la condición de salud bucal en gestantes?

1.2.4. Tipo de investigación.

Se trata de una investigación de campo.

1.2.5. Nivel de investigación.

El presente estudio es de nivel relacional.

1.3. Justificación.

El estudio es importante por las siguientes consideraciones:

- El aporte de la investigación, ciertamente cognitivo, está referido básicamente a configurar y cuantificar la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la condición de salud oral en gestantes. El dilucidamiento de esta asociación es críticamente importante, porque merced a ella, se podrá mejorar el nivel de conocimiento y disminuir los índices de higiene oral, y con el tiempo, el de enfermedad periodontal, de caries dental y maloclusiones.
- El beneficio del presente estudio involucra la puesta en salvaguarda de la salud bucal del binomio madre-niño, a partir de las medidas preventivas y correctivas, que el perfil

epidemiológico diagnosticado, demanda como prioridad mayor.

- Las implicaciones prácticas surgidas de esta investigación a manera de programas servirán no sólo a incrementar el nivel de conocimiento sobre prevención primaria en salud oral y el embarazo, sino también aportará medidas preventivo-promocionales a las madres gestantes, aplicables a su vez en sus hijos, a fin de disminuir la incidencia de enfermedades bucodentales, en ambos componentes del binomio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Prevención Primaria

2.1.1. Concepto

La prevención primaria implica la prevención integral de las enfermedades bucales a nivel masivo, grupal e individual, en fase prepatogénica, es decir, antes de que éstas objetivamente se instalen. Comprende las acciones de fomento sanitario y protección específica en el individuo sano.¹

2.1.2. Niveles de Prevención Primaria

a. Fomento o Promoción de Salud

El fomento o protección de salud es implementado a través de la educación sanitaria continua, orientada al mejoramiento de hábitos higiénicos alimentarios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y

¹LAMAS OLIVEIRA, Martha. *Caries de la infancia temprana*. Pág. 368.

parafuncionales, y a la conservación de ambas denticiones.²

b. Protección Específica

b.1. Significado de protección específica

La protección específica de las enfermedades bucales se debe orientar a la formación, instrucción y motivación de la población para realizar un adecuado control personal de placa bacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental, auxiliares para la higiene bucal y acudir con el dentista en forma periódica, para la revisión profesional.³

b.2. Protección específica contra la caries dental

La protección específica **masiva** contra la caries dental debe realizarse mediante la **adición de fluoruro a la sal de consumo humano**. No debe adicionarse fluoruro a ningún otro condimento, alimento, golosina, refresco, goma de mascar y agua (redes de suministro a la población o envasada).⁴

El control de la prevención masiva contra la caries dental mediante la **fluorización de la sal** se debe realizar de acuerdo a los lineamientos y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud con este propósito como son:

²Ibid. Pág. 368.

³LAMAS OLIVEIRA, Martha. Ob. Cit. Pág. 369.

⁴CUENCA, Emili y BACA, Pilar. *Odontología Preventiva y Comunitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Pág. 481.

- Monitoreos periódicos para evaluar la excreción de flúor en orina humana o en saliva.
- Estudios epidemiológicos cada cinco años de incidencia de caries dental.
- Monitoreos periódicos para evaluar el contenido de flúor en la sal.
- Regulación permanente del abasto para **evitar** la venta de **sal yodada-fluorada** en las localidades con concentraciones de ion flúor en el agua de consumo humano, por arriba de **0.7 ppm**.
- Estudios de concentración de ion flúor en agua de consumo humano como mínimo dos veces al año en diferentes épocas de estación (lluvia y estiaje).⁵

La **protección específica grupal** contra la caries dental en población de riesgo biológico-social, se debe realizar con enjuagatorios quincenales o semanales de fluoruro de sodio al 0.2% de manera directa en los centros escolares, en zonas donde la concentración natural de ion flúor en agua de consumo humano sea menor 0.7 ppm. ⁶

El personal de salud debe orientar a la población en general y de manera prioritaria a la población escolar para disminuir dentro y fuera del espacio escolar la frecuencia en el consumo inmoderado de dulces, refrescos y sustituir su consumo por el de alimentos naturales como frutas, verduras y azúcares poco

⁵CUENCA, Emili y BACA, Pilar. Ob. Cit. Pág. 482.

⁶BARANCHUC, Adolfo. *Odontología Preventiva*. Pág. 302

refinados de baja acción cariogénica como el azúcar morena o moscabado.

La protección **específica individual** contra la caries dental debe promover el empleo de fluoruros de uso tópico y el control de placa dentobacteriana a través del uso de cepillo e hilo dental.

La protección **específica individual** contra la caries dental por vía tópica debe realizarse por métodos de uso clínico y de uso doméstico.

Los métodos de **uso clínico** deben ser realizados por personal profesional o por personal auxiliar debidamente capacitado e incluyen:⁷

- Aplicación tópica de fluoruros en gel, solución para enjuagues y barniz de acuerdo a la concentración y el caso; debiendo ser más frecuentes en niños con mayor carioactividad o caries dental rampante.
- Aplicación de selladores de fosas y fisuras con o sin fluoruro en órganos dentarios sanos susceptibles a caries dental.

El cirujano dentista debe informar que los métodos de uso doméstico deben ser aplicados o supervisados por los padres o adultos a cargo de los menores de edad o de las personas discapacitadas de acuerdo a las siguientes indicaciones:

⁷GÓMEZ, Sonia. *Importancia de hábitos de higiene bucal en programas de promoción de la salud*. Pág. 401

- La higiene bucal en población infantil menor de un año de edad se realiza con un paño suave humedecido con agua una vez al día.
- En los niños de 1 a 3 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo de cerdas suaves humedecido después de cada alimento, en caso de usar pasta dental fluorada se hará en cantidad mínima, y bajo la supervisión de un adulto para evitar la ingesta de flúor residual
- En la población a partir de los 4 años, el aseo bucal se debe realizar con cepillo dental y pasta fluorada, después de cada alimento.⁸

A nivel individual los suplementos de fluoruro exclusivamente se prescribirán bajo estricto control del cirujano dentista y médico cirujano de acuerdo a las tablas de dosificación internacionales vigentes, a niños que por razones de salud no consumen sal fluorada y que vivan en localidades con nivel de flúor en el agua de consumo humano por debajo de 0.7 ppm.

Los suplementos de flúor deben considerar en el marbete del empaque los siguientes datos:

- Este producto contiene flúor y debe ser utilizado bajo estricto control profesional: cirujano dentista, médico pediatra.
- No se consuma este producto en las áreas geográficas del país donde la concentración de ion

⁸LITTLE, James. *Gestación y lactancia*. Pág. 677.

flúor en agua de consumo humano sea igual o mayor de 0.7 ppm.

- Si se está consumiendo sal fluorada no debe utilizarse este producto.
- Este producto no debe comercializarse libremente.⁹

b.3. Protección específica contra la enfermedad periodontal

Los métodos y técnicas de protección específica individual de uso clínico, se deben realizar por personal profesional o auxiliar capacitado en el área de la periodoncia e incluye:

- Información sobre la enfermedad periodontal.
- Motivación para realizar el control personal de placa dentobacteriana.
- Instrucción sobre los métodos y técnicas de control de placa dentobacteriana,
- Implementación y adecuación de acciones de seguimiento de control de placa dentobacteriana, según nivel de atención.
- Eliminación instrumentada de placa dentobacteriana supra y subgingival.¹⁰

⁹LINDHE, Jan. *Periodontología clínica*. Pág. 591.

¹⁰LAMAS OLIVEIRA, Martha. Ob. Cit. Pág. 369.

b.4. Protección específica contra lesiones de tejidos blandos y duros

La protección específica grupal de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes, se debe realizar en población de riesgo biológico-social mediante el examen clínico periódico de manera directa y la eliminación de hábitos nocivos.

La protección específica individual de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes se realiza mediante:

- El examen clínico en forma periódica, por parte del cirujano-dentista
- La detección y eliminación de agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicológico,
- La orientación personalizada para la aplicación de las medidas de protección específica. ¹¹

b.5. Protección específica contra las maloclusiones

Es responsabilidad del cirujano dentista especialista que la protección específica grupal se oriente a la vigilancia de la erupción y a la conservación de los primeros molares permanentes, así como a conservar la longitud, anchura y relación de las arcadas.

¹¹ LAMAS OLIVEIRA, Martha. Ob. Cit. Pág. 370.

La protección específica individual tiene como objetivo principal conservar la integridad en tamaño, función, forma, estética y posición de las arcadas para una oclusión estable.^{12,13}

2.2. Índice de Higiene Oral Simplificado

2.2.1.-Referencia histórica

Fue desarrollado por Greene y Vermillon en 1964. La intención de los autores era desarrollar una técnica que pudiera estudiar epidemiológicamente la acumulación de cálculos.¹⁴

2.2.2.- Concepto

Índice que “permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal.”¹⁵

“Recoge datos de carácter reversible y se utiliza para medir la situación de higiene oral en los individuos”.¹⁶

2.2.3.- Procedimiento para el examen

Se miden dos aspectos, la placa blanda y los cálculos supragingivales.

Se examinan las superficies vestibulares del incisivo central superior derecho (pieza 1.1), el incisivo central inferior izquierdo (pieza 3.1), las dos primeras molares superiores (piezas 1.6 y 2.6); y las superficies linguales de las primeras molares inferiores (piezas 3.6 y 4.6.)¹⁷

¹² MAGNUSON, Bengt. *Odontopediatría*. Pág. 616.

¹³ ZERON, Agustín. *¿Cómo conservar sus dientes y encías toda la vida?*. Pág. 117.

¹⁴ BARRIOS M. Gustavo, *Odontología*, Pág. 791

¹⁵ HIGASHIDA, Berta, *Odontología Preventiva*, Pág. 227

¹⁶ *Ibid.* Pág. 48.

¹⁷ BARRIOS M. Gustavo, *Ob. cit*, Pág. 791

Para la medición de ambos aspectos se toma en cuenta lo siguiente:

“Cada superficie se divide horizontalmente en tres tercios: gingival, medio e incisal del diente y el explorador se mueve hacia el margen gingival.

Se coloca el explorador suavemente en la porción distal del surco gingival y se explora hacia mesial”.¹⁸

La puntuación, tanto para placa blanda, como para cálculos se obtiene al totalizar los diferentes scores de las superficies dentarias y dividirlo por el número de las superficies examinadas.

La graduación total del índice de higiene oral de Greene y Vermillion es la suma de los dos valores encontrados: depósitos blandos y cálculos.

2.2.4.- Códigos y criterios para su valoración

Para el registro de placa

Códigos del índiceHOS, para el registro de placa blanda.

Valor	Interpretación
0	No hay placa ni manchas
1	Residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente examinado
2	Residuos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente
3	Residuos blandos que cubren más de dos terceras partes del diente.

¹⁸BARRIOS M. Gustavo. Ob. cit. Pág. 791

Códigos del índice de higiene oral simplificado, para el registro de cálculos supragingivales.¹⁹

Valor	Interpretación
0	No hay presencia de cálculo
1	Cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie del diente examinado
2	Cálculo supragingival que cubre más de una tercera parte, pero menos de las dos terceras partes de la superficie del diente
3	Cálculo supragingival que cubre más de las dos terceras partes de la superficie del diente

Puntaje evaluativo de índice de higiene oral simplificado

Los grados clínicos de higiene bucal que pueden ser asociados con los resultados agrupados por puntaje de Índice Simplificado de Higiene oral (I-HOS) son los siguientes:

Bueno	0.0 a 1.2
Regular	1.3 a 3.0
Malo	3.1 a 6.0

¹⁹ BARRIOS M. Gustavo, Ob. Cit. Pág. 701

2.3. Índice de caries dental: CPO

2.3.1.- Referencia histórica

A comienzo del siglo XX se hicieron varios intentos de medir la frecuencia de aparición de las caries. Fue útil en su momento evaluar la pérdida de los primeros molares por caries (Hyatt), el porcentaje de dientes afectados (Ainsworth) y la frecuencia de aparición de caries comparativamente (Mckay). Pero fueron Klein, Palmer y Knutson (1938) los que describieron el índice CPO, un procedimiento sencillo, claro y fácil de aplicar para la evaluación de la caries, siendo uno de los índices dentales mejor conocido y más utilizado.

2.3.2.- Concepto

“El índice CPO mide la historia (presente y pasada) de caries en un individuo o una población.”²⁰

El índice CPO mide el ataque de la caries en la dentición permanente, sus siglas significan:

C: Caries

P: Ausentes por caries

O: Obturados.

El índice **ceo** se utiliza para conocer la salud dental en niños con dentición temporal o mixta, sus siglas significan:

c: Dientes temporales cariados y no restaurados

e: Dientes indicados para extraer

o: Dientes Obturados.²¹

²⁰ CUENCA SALA, Emili, Ob. Cit. *Pag.312*

²¹ HIGASHIDA, Berta, Ob.Cit. *Pag.227*

2.3.3.- Procedimiento para el examen

El índice se construye mediante la suma de los dientes cariados, ausentes por causa de caries, y obturados.

Si se realiza en un individuo es simplemente la suma de los tres componentes

Si se refiere a una población, es la suma de todos los resultados dividido por el número de sujetos examinados.²²

2.3.4.- Códigos y criterios para su valoración

Códigos del índice CPO, para el registro de los hallazgos clínicos.

Resultado	Significado
0	Espacio Vacío.
1	Diente Permanente Cariado.
2	Diente Permanente Obturado.
3	Diente Permanente Extraído
4	Diente Permanente con Extracción Indicada
5	Diente Permanente Sano

²¹ CUENCA SALA, Emili, Ob. Cit. Pág. 312

Códigos del índice CPO, para el registro de las necesidades de tratamiento.

Resultado	Significado
0	Ninguno.
1	Obturación en una superficie.
2	Obturación en dos superficies.
3	Obturación en tres superficies.
4	Endodoncia.
5	Corona.
6	Extracción por caries.
7	Extracción por prótesis.
8	Extracción por ortodoncia.
9	Extracción por otras causas.

2.3.5.- Cálculo del índice

Para un individuo

Índice CPO = caridos + ausentes + obturados

Para una población

Índice CPO = $\frac{I - \text{CPO Individual sumados}}{\text{N}^\circ \text{ de Sujetos examinados}}$

2.3.6.- Significado o interpretación del índice

Interpretación del Índice CPO

Puntuación	Significado
0 a 1.1	Muy bajo
1.2 a 2.6	Bajo
2.7 a 4.4	Moderado
4.5 a 6.5	Alto
6.6 a mas	Muy alto

2.3.7.- Limitaciones del índice

- El componente «C» (caries) está sometido a variaciones dependiendo del criterio diagnóstico y el método utilizado; son estas posibles diferencias las que dificultan en ocasiones la comparación de los resultados.
- Quizá la mayor limitación, sobre todo en los países más desarrollados, es que la mayor parte del índice está compuesto por el componente «O» (obturado) y que estas obturaciones no han sido colocadas con un criterio estandarizado.
- El componente «P» (perdidos por caries) puede desviar el índice cuando los dientes ausentes no lo estén por causa de caries (ortodoncia en niños, etc.), siendo más acusado en los adultos, en quienes las causas para la pérdida de dientes han podido ser varias (enfermedad periodontal, traumatismo, necesidades protésicas, etc.).
- Tampoco toma en consideración el número de dientes en riesgo.
- La aparición de métodos y materiales operatorios modernos (restauraciones preventivas en resina, selladores, etc.) dificultan en ocasiones la categorización de un diente.²³

2.4. Índice Periodontal de Russell

2.4.1.- Concepto

El índice periodontal de Russel (IPR) es un coeficiente epidemiológico que posee un verdadero gradiente biológico, ya que mide aspectos reversibles e irreversibles de la enfermedad

²² CUENCA SALA, Emili, Ob.Cit. pág. 313

periodontal, como la inflamación gingival, la formación de bolsas, y función masticatoria.

2.4.2.- Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal no solo afecta a las encías sino también a la estructuras de soporte de los dientes.

El primer estadio de la mayoría de los tipos de enfermedad periodontal es la gingivitis, que se caracteriza por la inflamación de las encías, sangrado al cepillarse los dientes, encías rojas y dolorosas, mal aliento y alteraciones tisulares. El segundo estadio es la periodontitis, comprende la inflamación que afecta a todas las estructuras de soporte del diente. Como resultado de la periodontitis se caracteriza clínicamente por la presencia de surcos gingivales profundos (bolsas periodontales), así como pérdida del hueso alveolar. Si no se trata, trae como consecuencia una progresiva movilidad dentaria y finalmente la pérdida de los dientes.²⁴

2.4.3.- Criterios para la aplicación del índice.

- Solo se aplica en dentición permanente.
- No se aplica si es resto radicular o no erupcionado.

2.4.4.- Reseña Histórica del IPR

El IP fue ideado por Russell hacia 1956, toda vez que, los índices hasta la fecha empleados subvaloraban la real severidad de la enfermedad periodontal. Es por este motivo que el IP de Russell es considerado como la primera herramienta para evaluar la prevalencia de la enfermedad, diseñado para evaluar

²⁴MC DONALD, K. *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. Pág. 109-110

con rapidez y simpleza la inflamación gingival, su intensidad, la bolsa periodontal y pérdida de función de la pieza.²⁵

2.4.5.- Códigos y Criterios para la evaluación

Puntaje	Criterio
0	Encía sana no existe inflamación.
1	Gingivitis leve: área de inflamación en la encía marginal, no circunscribe al diente.
2	Gingivitis moderada o severa: área de inflamación en toda encía marginal que rodea al diente, sin ruptura de la inserción epitelial
4	Código usado cuando se dispone de radiografías.
6	Periodontitis leve a moderada: Formación de bolsas por ruptura de la inserción epitelial, diente firme y no migrado; no existe interferencia de la función masticatoria.
8	Periodontitis avanzada: Formación de bolsas profundas con movilidad dentaria migración patológica, sonido sordo a la percusión dentaria con un instrumento metálico, diente depresible en su alveólo y seria interferencia de la función masticatoria. ²⁶

En el IPR sólo se registra el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado. La clasificación del estado periodontal se realiza siguiendo los criterios de Russell. Con este índice se puede determinar rápidamente tanto la prevalencia como la gravedad de las periodontopatías de una población.²⁷

2.4.6.-Instrumental y Material para el Examen

Se utilizan:

- Campos descartables.
- Guantes descartables.
- Solución Antiséptica.

²⁵ CIFOD, "Guía para la calibración de instrumentos de la megatesis - versión 2011". Pág. 48.

²⁶Ibid. Pág. 50.

²⁷www.revistascientifica.com/publicaciones/EEukvkpzazjgerBNOB.php

- Fuente de luz
- Espejo bucal
- Sondas Periodontales

2.4.7.- Procedimiento Para el Examen

Se examina la encía que rodea a cada diente en ambos arcos dentarios, a la que se denomina "unidad dentogingival de medición". El orden de exámenes de la pieza 1.8 a la 2.8 y de la 3.8 a la 4.8 en caso existan los 32 dientes. Se emplea para este menester la inspección intrabucal y el sondaje crevicular suave (25 gr) para no vulnerar el epitelio de unión.

2.4.8.- Registro de códigos en la ficha periodontal²⁸

a. Condición

Los códigos merecibles resultado de la valoración de las unidades dentogingivales, son colocados en los respectivos casilleros, arriba de los dientes superiores e inferiores respectivamente.

b. Tratamiento

Los códigos a utilizarse en necesidad de tratamiento

Condición	Códigos comunes	Tratamiento
Encía sana	0	Ninguno
Gingivitis leve	1	Higiene oral, Destartaje
Gingivitis moderada a severa	2	Higiene oral, Destartaje
Periodontitis leve a moderada	6	Curetaje de bolsa, colgajo
Periodontitis avanzada	8	Exodoncia, injerto óseo eventual, RTG, Ferulización.

²⁸ CIFOD, Ob. Cit. Pág. 54.

2.4.9.- Cálculo del IPR²⁹

a. Para el índice periodontal individual

Se obtiene sumando los códigos obtenidos por unidad dentogingival, y el resultado se divide entre el número de dientes examinados en un individuo.

$$IPI = \frac{\text{Códigos}}{\text{Nº de UDG}}$$

b. Para el índice periodontal colectivo

Este índice proporciona información del número de personas con enfermedad periodontal. Se calcula sumando los índices periodontales individuales entre el número de sujetos examinados.

$$IPC = \frac{\text{IPIs}}{\text{Nº de sujetos}}$$

2.4.10.- Interpretación Clínica del IPR

Para condición diagnóstica

Intervalos de puntuaciones	Estado clínico	Estado de enfermedad
De 0 a 0.1	Periodonto normal	
De 0.2 a 1	Gingivitis leve	Reversible
De 1.1 a 2	Gingivitis leve a moderada	Reversible
De 2.1 a 6	Periodontitis moderada a severa	Irreversible
De 6.1 a más	Periodontitis terminal	Irreversible

²⁹ CIFOD, Ob. Cit Pág. 55.

2.5. Maloclusiones

2.5.1. Concepto de Oclusión y Maloclusión

En su definición más simple, oclusión es la manera en que se articulan los dientes maxilares y mandibulares.³⁰

La Maloclusión es un término universalmente aceptado y fácilmente comprensible, este término es genérico y debe aplicarse, sobre todo, a aquellas situaciones que exigen intervención de ortodoncia más que cualquier desviación de la oclusión ideal.³¹

La ficha epidemiológica que nos ayudará a evaluar las maloclusiones ha sido dividida en dos partes. Por un lado evaluaremos los arcos dentarios por separado, y por el otro, evaluaremos ambos arcos dentarios relacionados, es decir, en oclusión.

2.5.2. Etiología

El origen de las maloclusiones es un tema fascinante sobre el cual todavía hay mucho que investigar y aprender. A un nivel básico podemos decir que las maloclusiones son el resultado de la actuación de factores hereditarios, factores ambientales o, lo que es más común de una combinación de los dos factores.³²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

³⁰ CIFOD, Ob. Cit. Pág. 64.

³¹ CANUT BRUSOLA, José Antonio. *Ortodoncia Clínica y terapéutica*. Pág. 100

³² BRAVO GONZALEZ, Luis. *Manual de ortodoncia*. Pág. 56.

2.5.3. Análisis Intra Arcos ³³

Se describen las características morfológicas que presenten los arcos dentarios independientemente uno del otro, indagando lo siguiente haciendo un cálculo aproximado:

Alineado, Espaciado de 0 a 3 ó Espaciado más de 3, Apiñado de 0 a 3 ó Apiñado más de 3.

a. Alineado

Aquel arco dentario superior o inferior que muestre una disposición armónica de las piezas dentarias, es decir, sin rotaciones, diastemas y conservando los puntos de contacto correspondientes.

b. Espaciado

Aquel arco dentario superior o inferior que muestre sus piezas con separaciones o diastemas, es decir, sin el contacto proximal esperado.

c. Apiñado

Aquel arco dentario superior o inferior que presente notoria falta de espacio para disponer de manera ordenada a todos los elementos dentarios, presentándose rotaciones y desplazamientos anómalos de posición.

³³BRAVO GONZÁLEZ, Luis Alberto. Ob. Cit. Pág. 56

³⁴CIFOD, Ob. Cit. Pág. 67.

2.5.4. Análisis ínter Arcos

a. Relaciones Transversales ³⁵

a.1. Mordida cruzada posterior.

Cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores. También se les conoce como oclusión cruzada lingual.

a.2. Mordida en tijera.

Cuando las caras palatinas de los premolares y molares superiores están en contacto con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Otra nomenclatura para esta anomalía es la de oclusión vestibular o bucal.

b. Relaciones Verticales

b.1. Mordida abierta

Responde a una falta de contacto evidente entre los dientes superiores e inferiores que se manifiesta bien a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de las arcadas; la presencia de una apertura interdientaria en el momento del cierre oclusal define así la mordida abierta.³⁶

b.2. Mordida profunda.

Strang definió la sobremordida como "el solapamiento de los dientes anteriores superiores sobre los inferiores en el plano vertical". Es la forma exagerada en que los incisivos superiores cubren verticalmente los inferiores.

³⁵CANUT BRUSOLA, José Antonio; Ob. Cit. Pág. 465.

³⁶Ibid. Pág. 495

c. Relaciones Sagitales

c.1. Relaciones molares

Se dá en los primeros molares superiores en relación oclusal con los primeros molares inferiores. Angle describió como los dientes clave de la oclusión dentaria, llamando a la relación que guardan el primer molar superior con el inferior, "llave de Angle".

c.2. Relaciones molares

Tendremos entonces tres clases de relación molar:

- Clase I: se presenta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.
- Clase II: Se presenta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior (por lo menos el ancho de media cúspide).
- Clase III: se presenta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás de la cúspide distovestibular del primer molar inferior (por lo menos el ancho de media cúspide).

c.3. Relación canina

Es el segundo punto de referencia para juzgar la oclusión de los segmentos bucales.

- **Clase I:** la vertiente anterior de la cúspide del canino superior se encuentra en contacto con la vertiente anterior posterior de la cúspide del canino inferior.

- **Clase II:** La vertiente posterior de la cúspide del canino superior se encuentra en contacto con la vertiente anterior de la cúspide del canino inferior.
- **Clase III:** Se presenta cuando la cúspide del canino superior ocluye atrás de la unión interproximal del canino y primer premolar inferior.
- debe estar situada a nivel del punto de contacto entre el primer y el segundo premolar inferior.

c.4. Relación incisal

En norma oclusión los incisivos superiores han de tapar 1/3 de los inferiores.

Over Jet (resalte horizontal)

Es la distancia horizontal expresada en milímetros desde la cara vestibular del incisivo central inferior hasta la cara palatina del incisivo central superior correspondiente. El Over Jet no es más que la superposición horizontal de los dientes y recibe el nombre de entrecruzamiento o Resalte Horizontal, sus valores normales varían entre los 2 a 3 mm.

Over bite (sobremordida vertical)

Es la distancia que se va a dar desde el borde incisal de los incisivos superiores al borde incisal de los incisivos inferiores, que va hacer perpendicular al plano de oclusión; la sobremordida vertical normal es de 2mm, cuando la superficie labial de los incisivos inferior está cubierta por los incisivos superiores; es decir, solo el tercio incisal de los inferiores.

3. Análisis de antecedentes investigativos.

3.1. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. (2002)

Autor: RODRÍGUEZ VARGAS, Martha. Tesis.

Resumen

Estudio realizado en Lima, Perú, donde las estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes.

Sin embargo, existen creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario. Se realizaron mil encuestas para conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación. Las conclusiones obtenidas se orientaron a fortalecer programas educativos a nivel masivo, unificar criterios a nivel odontológico sobre la temática de la odontología en el ámbito perinatal y generar apoyos para la educación en salud a nivel privado y en los diferentes niveles de atención a la salud.

Análisis de enfoque

El antecedente investigativo sólo mide el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal. En cambio, la presente investigación, se centraliza no sólo en el nivel de conocimiento, sino también en la valoración de la condición de salud bucal, y en la determinación de la relación entre ambas variables.

3.2. Salud oral en embarazadas: Conocimientos y actitudes. (2005)

Autor: GARBERO, Irene.

Resumen:

Estudio realizado en Argentina, encontraron que en cuanto a los factores a los que las mujeres atribuyeron el deterioro de la salud bucodental durante el embarazo, en ambos grupos más del 50% los desconoce. Las restantes opinaron que consumir dulces y el debilitarse ("estoy anémica..." "el bebé me saca el calcio de los dientes...") son las causas de la aparición de las caries. Por otro lado, la modificación hormonal, el mal cepillado, la presencia de caries muy avanzadas son responsables del sangrado de las encías durante la gestación.

Análisis de enfoque

El antecedente estudia privilegiadamente los factores que influyen en el deterioro de la salud bucodentaria en gestantes. En cambio, la presente investigación, sin abordar el problema por sus causas, relaciona concretamente, el nivel de conocimiento sobre prevención primaria con la condición de salud de las gestantes.

3.3. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud oral y perfil epidemiológico bucal básico en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa. (2010)

Autor: ALARCÓN, José.

Resumen: El autor obtuvo un conocimiento deficitario sobre prevención en salud oral en pacientes gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el cual influyó en los niveles de salud bucal, los cuales fueron determinados mediante

la aplicación de los índices de higiene oral, caries dental y enfermedad periodontal.

Análisis de enfoque:

El antecedente investigativo mide el nivel de conocimiento solo en fomento de salud, más no en protección específica. Los índices calculados en este antecedente son el índice de higiene oral, caries y enfermedad periodontal.

4. OBJETIVOS.

- 4.1. Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención primaria en gestantes del Hospital Regional “Hipólito Unanue”.
- 4.2. Evaluar la condición de salud bucal de dichas gestantes a través de los Índices de HOS, caries dental, enfermedad periodontal y frecuencia de maloclusiones.
- 4.3. Relacionar el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la condición salud bucal en las gestantes mencionadas.

5. HIPÓTESIS.

Dado que, la educación acrecienta no sólo el acervo cognitivo, sino que, enriquece adicionalmente los repertorios conductuales:

Es probable que, exista una relación positiva entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la condición de salud bucal en gestantes.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1. Técnica.

1.1.1. Precisión de la técnica

Se empleará dos técnicas: El “cuestionario estructurado” para recoger información del nivel de conocimiento sobre prevención primaria, y, la “observación clínica intraoral” para estudiar la condición de salud bucal.

1.1.2. Esquematización

Variable	Técnica	Instrumento
Nivel de conocimiento sobre prevención primaria	Cuestionario estructurado	Formulario de preguntas
Condición de salud oral	Observación clínica intraoral	Ficha epidemiológica

1.1.3. Descripción del procedimiento

Conformada la población en estudio, el procedimiento consistirá:

a. Cuestionario estructurado

Implicará la respuesta a cada una de las preguntas del formulario, en cuanto a los indicadores de la variable “nivel de conocimiento”, como significado y niveles.

b. Observación clínica intraoral

Esta servirá para recoger información de la variable condición de salud oral, en cuanto a sus indicadores pertinentes, como Índice de Higiene Oral Simplificado,

índice de caries dental, índice periodontal de Russell y frecuencia de maloclusiones, de acuerdo a los criterios de puntuación correspondientes.

c. Registro

Las respuestas a las preguntas provenientes del cuestionario serán registradas en el formulario. Los hallazgos suministrados por la observación clínica serán registrados en la ficha epidemiológica.

1.2 Instrumentos.

1.2.1. Instrumentos documentales.

a. Precisión de los instrumentos

Se utilizará dos instrumentos documentales el **formulario de preguntas** para la variable nivel de conocimiento sobre prevención primaria; y la **ficha epidemiológica** para la variable condición de salud oral.

b. Estructura del formulario

VARIABLE	INDICADORES	EJES	SUBINDIC.	SUBEJES
Nivel de conocimiento en prevención primaria	Significado	1	Definición	1.1
	Niveles	2	Fomento de salud	2.1
			Protección específica	2.2

c. Estructura de la ficha epidemiológica

VARIABLE	INDICADORES	EJES	SUBINDIC.	SUBEJES
Condición de salud bucal	I-HOS	1	Comp. de placa	1.1
			Comp. de cálculos	1.2
			Estimación	1.3
			Significado	1.4
	I-CPO	2		
	I-PR	3	Estimación	3.1
Significado			3.2	
	Frec. de maloclusiones	4	Sagitales	4.1
			Transversales	4.2
			Verticales	4.3

d. Modelos de los instrumentos

FORMULARIO

Formulario Nro. _____

Edad: _____ Trimestre: _____

Condición: Primípara () Múltipara ()

1. SIGNIFICADO DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Marque en el recuadro la alternativa correcta que resuma mejor la definición de prevención primaria

- a. Actividades prepatogénicas de fomento sanitario ()
- b. Actividades prepatogénicas de promoción de salud ()
- c. Actividades prepatogénicas de protección específica ()
- d. Actividades prepatogénicas de fomento sanitario y protección específica ()

2. NIVELES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

2.1. Los niveles de prevención primaria son:

- a. Fomento de salud y protección efectiva ()
- b. Fomento de salud y protección discriminante ()
- c. Fomento de salud y protección específica ()
- d. Fomento de salud y protección racional ()

2.2. Protección específica

2.2.1. Protección Específica contra caries

- a. La protección específica masiva contra caries debe realizarse mediante
 - a.1. Adición de fluoruros al agua de consumo ()
 - a.2. Adición de fluoruros al alimento ()
 - a.3. Adición de fluoruros a la sal de consumo ()
 - a.4. Adición de fluoruros al refresco ()
- b. La protección específica grupal contra la caries debe realizarse con:
 - b.1. Enjuagatorios diarios de fluoruro de Na al 0.2% ()
 - b.2. Enjuagatorios interdiarios de fluoruro de Na al 0.2% ()
 - b.3. Enjuagatorios seriados de fluoruro de Na al 0.2% ()
 - b.4. Enjuagatorios quincenales de fluoruro de Na al 0.2% ()
- c. La protección específica individual contra caries dental debe realizarse mediante:
 - c.1. Aplicación tópica exclusiva de fluoruros ()
 - c.2. Aplicación tópica de fluoruros y sellantes ()
 - c.3. Aplicación de sellantes ()
 - c.4. Aplicación de barnices ()

2.2.2. Protección específica contra Enfermedad Periodontal:

- a. La protección específica clínica debe ser realizada mediante:
- a.1. Control personal de placa bacteriana ()
 - a.2. Destartaje ()
 - a.3. Colutorios medicados ()
 - a.4. Todos los anteriores ()
- b. La protección específica personal debe ser realizada mediante:
- b.1. Cepillado dentario exclusivo ()
 - b.2. Cepillado dentario y colutorio ()
 - b.3. Cepillado dentario e hilo dental ()
 - b.4. Todos los anteriores ()

2.2.3. Protección específica contra Maloclusiones:

- a. La protección específica grupal:
- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| a.1. ¿Sabe Ud. que es importante la vigilancia de la erupción dentaria? | () | () |
| a.2. ¿Sabe Ud. que la extracción dentaria antes de tiempo causa menor espacio para los dientes sucedáneos? | () | () |
| a.3. ¿Sabe Ud. que es importante la conservación de los primeros molares permanentes? | () | () |
| a.4. ¿Sabe Ud. que la respiración bucal afecta el desarrollo de los maxilares | () | () |
- b. La protección específica individual:
- b.1. ¿Conoce Ud. que existen hábitos que afectan el desarrollo de los maxilares? () ()
 - b.2. ¿Sabe Ud que existen deformidades dentofaciales () ()
 - b.3. ¿Sabe Ud. que es importante la posición de las arcadas () ()
 - b.4. ¿Sabe Ud. que es importante conservar el tamaño y forma de las arcadas? () ()

1.2.2. Instrumentos mecánicos.

- Espejos
- Exploradores
- Pinzas para algodón

1.3 Materiales

- Útiles de escritorio
- CDs
- Antiséptico (alcohol yodado)
- Guantes descartables
- Mascarillas descartables
- Algodón
- Campos descartables

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1. Ubicación espacial.

a. **Ámbito general**

Hospital Regional de Tacna Hipólito Unanue.

b. **Ámbito específico**

Área de maternidad y obstetricia.

2.2. Ubicación temporal o temporalidad

a. **Cronología**

Año 2013.

b. **Visión temporal**

Prospectiva (actual).

c. Corte temporal

Transversal.

2.3. Unidades de estudio.

a. Unidad de análisis

Gestantes.

b. Opción

Casos.

b.1. Caracterización de los casos

b.1.1. Criterios de inclusión

- Gestante en cualquier trimestre de embarazo
- Sin terapia hormonal de reemplazo

b.1.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con terapia hormonal de reemplazo
- Deseo de no participar en el estudio
- Deserción
- Condición sobreagregada incapacitante

b.2. Cuantificación de los casos

$$N = \frac{Z\alpha^2 \cdot p(1-p)}{i^2} = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.50(1-0.50)}{(0.15)^2} = 43 \text{ gestantes con los criterios de inclusión}$$

Datos:

- Z : 1.96 para un error 0.05
- P: (proporción esperada para la VD)
P: 0.50 (tomada de antecedentes invest.)
- i (precisión para estimar la proporción)

$$i = \frac{W}{2} = \frac{0.30}{2} = 0.15$$

- W (amplitud total del intervalo de confianza)

$$W = 0.30$$

$$N = 43 \text{ gestantes}$$

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización.

Antes de aplicar el instrumento se realizan las siguientes acciones:

- Autorización del Director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Coordinación con el Jefe del Área de Maternidad.
- Preparación de las gestantes, a fin de lograr su consentimiento expreso.
- Formalización de los casos.
- Prueba Piloto

3.2. Recursos.

3.2.1. Recursos humanos.

a. Investigador:

C.D. Miguel Arturo Begazo de la Cruz.

b. Asesores:

- Profesor del Curso
- Estadístico

c. Colaboradores

- Digitador
- Instrumentadores
- Registradores

3.2.2. Recursos físicos

Infraestructura del área de maternidad.

3.2.3. Recursos económicos

El presupuesto para la recolección será ofertado por el investigador.

3.2.4. Recursos institucionales

- a. UCSM
- b. Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.3. Validación del instrumento.

- a. El formulario de preguntas será validado por juicio de expertos.
- b. La ficha epidemiológica, por ser un instrumento estandarizado, ya viene validada por la ADA. (Asociación Dental Americana)

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.

4.1. Plan de procesamiento

4.1.1. Tipo de procesamiento

Manual y computarizado (SPSS Versión 19).

4.1.2. Operaciones

a. Clasificación

La información obtenida de los instrumentos será transferida a la Matriz de Sistematización.

b. Codificación

Se utilizará el sistema dígito para las categorías de ambas variables.

c. Recuento

Se emplearán matrices de conteo.

d. Tabulación

Se emplearán tablas de contingencia para datos categóricos, y tablas de puntuación para datos numéricos.

e. Graficación

Se emplearán gráficas de barras para datos nominales; y gráficas lineales para datos numéricos.

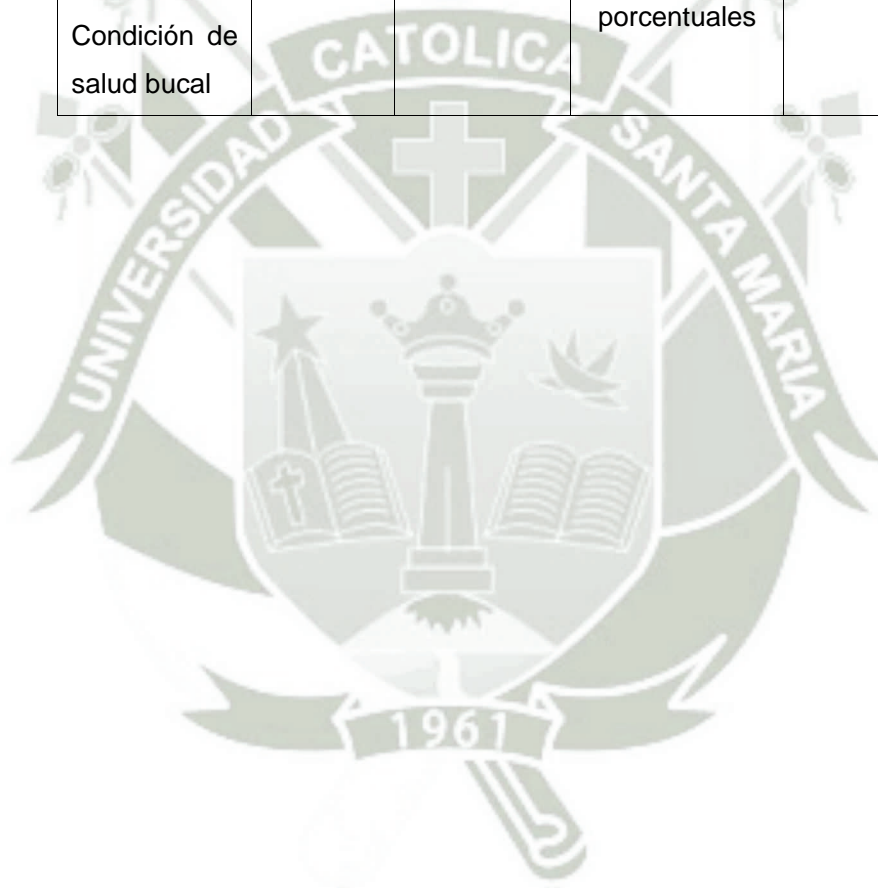
4.2. Plan de análisis

4.2.1. Tipo de análisis

Cuantitativo bivariado.

4.2.2. Tratamiento estadístico

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA
Nivel de conocimiento sobre prevención primaria	Ordinal	Ordinal	Frecuencias absolutas	X ² de independencia
Condición de salud bucal			Frecuencias porcentuales	



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	Año 2013																															
	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del Proyecto	■	■	■	■																												
Presentación del Proyecto de Tesis					■	■	■	■																								
Recolección de Datos									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Procesamiento y análisis de datos																					■	■	■	■								
Redacción y Presentación del informe																									■	■						





ANEXO N° 2
MATRICES DE
SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Enunciado: “Relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención primaria y la condición de salud bucal en gestantes del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna. 2013”.

UE	EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA										I-HOS			I-CPO		I-PR			MALOCLUSIONES		
		Signif.	Niveles	PEM-CD	PEG-CD	PEI-CD	PEC-EP	PEP-EP	PEG-M	PEI-M	Calif.	I-PB	I-PC	I-HOS	Signif.	IC	Signif.	I-P	Significado	Sagit.	Transv.	Verticales
1	20	No	No	No	No	Si	No	Si	No	No	D	2	1	3	Reg.	3	Moderado	2	Gingivitis m.	I		
2	24	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	D	2	2	4	Mala	5	Alto	3	Periodontitis	I		
3	28	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	No	No	R	1	1	2	Reg.	4	Moderado	2	Gingivitis M.	No	Cruzada U	
4	30	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	B	1	0	1	Bueno	1	Muy bajo	1	Gingivitis L.	I		
5	22	No	No	No	No	No	No	No	No	No	D	2	2	4	Malo	6	Alto	4	Periodontitis	I		
6	34	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	B	1	0	1	Bueno	1	Muy bajo	1	Gingivitis L.	No	Cruzada B	
7	34	Si	No	No	No	Si	Si	Si	No	No	D	1	3	4	Malo	6	Alto	4	Periodontitis	I		
8	22	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	No	R	2	1	3	Reg.	3	Moderado	2	Gingivitis M.	I		
9	28	No	Si	No	Si	Si	No	Si	No	No	D	2	1	3	Reg.	4	Moderado	2	Gingivitis M.	No		Abierta Ant.
10	35	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	R	1	1	2	Reg.	3	Moderado	3	Periodontitis	I		
11	32	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	B	1	1	2	Reg.	3	Moderado	2	Gingivitis m.	No	Cruzada U	
12	34	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	B	1	1	2	Reg.	3	Moderado	3	Gingivitis m.	I		
13	28	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	B	1	1	2	Reg.	3	Moderado	2	Periodontitis	I		
14	24	No	No	No	No	Si	No	Si	No	No	D	2	1	3	Reg.	4	Moderado	2	Gingivitis M.	No		Abierta Ant.
15	22	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	No	D	2	1	3	Reg.	4	Moderado	3	Periodontitis	I		
16	26	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	R	2	1	3	Reg.	3	Moderado	2	Gingivitis m.	I		
17	28	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	R	2	1	3	Reg.	3	Moderado	2	Gingivitis m.	I		
18	26	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	D	2	2	4	Malo	5	Moderado	4	Periodontitis	I		
19	25	Si	No	No	No	Si	No	No	No	No	D	2	2	4	Malo	6	Alto	3	Periodontitis	I		
20	24	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	No	D	2	2	4	Malo	5	Alto	4	Periodontitis	No		Abierta Post
21	26	No	No	No	Si	Si	No	Si	No	No	D	2	1	3	Reg.	4	Moderado	3	Periodontitis	No		Profunda
22	28	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	R	1	1	2	Reg.	3	Moderado	3	Periodontitis	I		
23	26	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	R	2	1	3	Reg.	3	Moderado	2	Gingivitis M.	No	Cruzada U	
24	24	No	No	No	No	Si	No	Si	No	No	D	2	2	4	Malo	5	Alto	4	Periodontitis	No		Profunda
25	28	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	B	1	0	1	Bueno	1	Muy bajo	1	Gingivitis L.	No	Cruzada U	
26	21	No	No	No	No	Si	No	Si	No	No	D	2	1	3	Reg.	4	Moderado	2	Gingivitis m.	No		Abierta Ant.
27	24	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	No	o	R	2	1	3	Reg.	5	Alto	4	Periodontitis	I		
28	26	Si	No	No	No	Si	No	Si	No	No	D	1	1	2	Reg.	5	Alto	4	Periodontitis	I		
29	25	Si	No	No	No	No	No	Si	No	Si	D	2	2	4	Malo	5	Alto	4	Periodontitis	I		
30	28	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	B	1	1	2	Reg.	3	Moderado	2	Gingivitis m.	No	Cruzada U	
31	30	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	B	1	1	2	Reg.	4	Moderado	3	Gingivitis m.	I		
32	32	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	B	1	1	2	Reg.	4	Moderado	3	Gingivitis m.	III		
33	34	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	B	1	0	1	Bueno	1	Muybajo	2	Gingivitis m.	II		
34	32	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	D	2	2	4	Malo	6	Alto	4	Periodontitis	I		
35	22	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	D	2	2	4	Malo	7	Muy alto	5	Periodontitis	III		
36	24	No	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	D	2	2	4	Malo	6	Alto	4	Periodontitis	I		
37	26	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	B	2	1	3	Reg.	5	Alto	5	Gingivitis m.	II		
38	28	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	B	2	1	3	Reg.	4	Moderado	3	Gingivitis m.	I		
39	26	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	D	2	2	4	Malo	6	Alto	5	Periodontitis	No		Profunda
40	25	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	D	2	2	4	Malo	7	Muy alto	7	Periodontitis	II		
41	27	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	B	1	1	2	Reg.	4	Moderado	2	Gingivitis m.	I		
42	25	No	Si	No	No	Si	No	Si	No	No	D	2	1	3	Reg.	3	Moderado	3	Periodontitis	No		Abierta Ant.
43	28	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	B	2	1	3	Reg.	4	Moderado	2	Gingivitis L.	No	Cruzada U	
Σ												70	53	123	Σ	174	Σ	128				
X												1.63	1.23	2.86	X	4.05	X	2.98				

LEYENDA:

PEM-CD	: Protección específica masiva contra caries dental
PEG-CD	: Protección específica grupal contra caries dental
PEI-CD	: Protección específica individual contra caries dental
PEC-EP	: Protección específica clínica contra enfermedad periodontal
PEP-EP	: Protección específica personal contra enfermedad periodontal
PEG-M	: Protección específica grupal contra maloclusiones
PEI-M	: Protección específica individual contra maloclusiones





ANEXO N° 3
CÁLCULO DEL χ^2

CÁLCULO DEL X²

1. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA

1.1. Hipótesis estadísticas

H₀: NCPP / I-HOS

H₁: NCPP I-HOS

1.2. Tabla de contingencia de 3 X 3

NC	Bueno	Regular	Malo	Total
B	4	10	0	14
R	0	8	1	9
D	0	8	12	20
TOTAL	4	26	13	43

1.3. Cálculo del X²

Combinación	O	E	O-E	(O-E) ²	X ² = $\frac{(O-E)^2}{E}$
B+B	4	1.30	2.70	7.29	5.61
B+R	10	8.46	1.54	2.37	0.28
B+M	0	4.24	-4.24	17.98	4.24
R+B	0	0.84	0.84	0.71	0.84
R+R	8	5.44	2.56	6.55	1.20
R+M	1	2.72	-1.72	2.96	1.09
D+B	0	1.86	-1.86	3.46	1.86
D+R	8	12.09	-4.09	16.73	1.38
D+M	12	6.05	5.95	35.40	5.85
Total	43				X² = 22.35

$$E = \frac{\text{Total de la fila} \times \text{total de la columna}}{\text{TOTAL GENERAL}}$$

$$Gl: (c-1) (f-1) = (3-1) (3-1) = 2 \times 2 = 4$$

NS: 0.05

VC: 9.49

X²: 22.35 > VC: 9.49 => H₀ se rechaza

=> H₁ se acepta

=> H₁: NCPP I-HOS

2. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA Y EL I-CPO

2.1. Hipótesis estadísticas

H₀: NCPP / I-CPO

H₁: NCPP I-CPO

2.2. Tabla de contingencia de 3 X 4

NC	MA	A	M	MB	Total
B	0	0	10	4	14
R	0	3	6	0	9
D	2	11	7	0	20
TOTAL	2	14	23	4	43

2.3. Cálculo del X²

Combinación	O	E	O-E	(O-E) ²	X ² = $\frac{(O-E)^2}{E}$
B+MA	0	0.65	-0.65	0.42	0.65
B+A	0	4.56	-4.56	20.79	4.56
B+M	10	7.49	2.51	6.30	0.84
B+MB	4	1.30	2.70	7.29	5.61
R+MA	0	0.42	-0.42	0.18	0.42
R+A	3	2.93	0.07	0.00	0.00
R+M	6	4.81	1.19	1.42	0.29
R+MB	0	0.84	-0.84	0.71	0.847
D+MA	2	0.93	1.07	1.14	1.23
D+A	11	6.51	4.49	20.16	3.10
D+M	7	10.70	-3.70	13.09	1.28
D+MB	0	1.86	-1.86	3.46	1.86
Total	43				X² = 20.68

$$E = \frac{\text{Total de la fila} \times \text{total de la columna}}{\text{TOTAL GENERAL}}$$

$$Gf: (c-1) (f-1) = (3-1) (3-1) = 2 \times 2 = 4$$

NS: 0.05

VC: 12.59

X²: 20.68 > VC: 12.59 => H₀ se rechaza

=> H_i se acepta

=> H_i: NCPP I-CPO

3. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA Y I-PR

3.1. Hipótesis estadísticas

H_0 : NCPP / I-PR

H_1 : NCPP I-PR

3.2. Tabla de contingencia de 3 X 3

NC	GL	GM	P	Total
B	4	10	0	14
R	0	3	6	9
D	0	0	20	20
TOTAL	4	13	26	43

3.3. Cálculo del X^2

Combinación	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$
B+GL	4	1.30	2.70	7.29	5.61
B+GM	10	4.23	5.77	33.29	7.87
B+P	0	8.47	-8.47	71.74	8.47
R+GL	0	0.84	-0.84	0.71	0.84
R+GM	3	2.72	0.28	0.08	0.03
R+P	6	5.44	0.56	0.31	0.06
D+GL	0	1.86	-1.86	3.46	1.86
D+GM	0	6.05	-6.05	36.60	6.05
D+P	20	12.09	7.91	62.57	5.18
Total	43				$X^2 = 35.97$

$$E = \frac{\text{Total de la fila} \times \text{total de la columna}}{\text{TOTAL GENERAL}}$$

$$Gl: (c-1) (f-1) = (3-1) (3-1) = 2 \times 2 = 4$$

NS: 0.05

VC: 9.49

$X^2: 35.97 > VC: 9.49 \Rightarrow H_0$ se rechaza

$\Rightarrow H_1$ se acepta

$\Rightarrow H_1$: NCPP I-PR

4. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA Y FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES

4.1. Hipótesis estadísticas

H₀: NCPP / FM

H₁: NCPP FM

4.2. Tabla de contingencia de 3 X 3

NC	S	T	V	Total
B	9	5	0	14
R	6	2	0	8
D	13	0	8	21
TOTAL	28	7	8	43

4.3. Cálculo del X²

Combinación	O	E	O-E	(O-E) ²	X ² = $\frac{(O-E)^2}{E}$
B+S	9	9.12	-0.12	0.014	0.002
B+T	5	2.28	2.72	7.40	3.246
B+V	0	2.60	-2.6	6.76	2.600
R+S	6	5.21	0.79	0.62	0.119
R+T	2	1.30	0.7	0.49	0.377
R+V	0	1.49	-1.49	2.22	1.490
D+S	13	13.67	-0.67	0.45	0.033
D+T	0	3.42	-3.42	11.70	3.421
D+V	8	3.91	4.09	16.73	4.279
Total	43				X² = 15.567

$$E = \frac{\text{Total de la fila} \times \text{total de la columna}}{\text{TOTAL GENERAL}}$$

$$Gf: (c-1) (f-1) = (3-1) (3-1) = 2 \times 2 = 4$$

NS: 0.05

VC: 9.49

X²: 15.567 > VC: 9.49 => H₀ se rechaza

=> H_i se acepta

=> H_i: NCPP FM



ANEXO N° 4
FORMATO DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____
hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta el Sr. **MIGUEL ARTURO BEGAZO DE LACRUZ** de la Maestría en Odontoestomatología titulada: **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN PRIMARIA Y LA CONDICIÓN DE SALUD BUCAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL HIPÓLITO UNANUE. TACNA. 2013**, con fines de obtención del Título Profesional.

Declaro que como sujeto de investigación, he sido informada exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informada convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fé de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigador

Investigado

Arequipa,